



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GABRIELA LORAINÉ LEITE AMORIM

**HISTÓRICO DE TRÊS INDICADORES DE FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL  
DE BASE SOB DUAS MODALIDADES DE GESTÃO: AVALIABILIDADE E  
TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE  
NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA – DF

2019

GABRIELA LORAINÉ LEITE AMORIM

**HISTÓRICO DE TRÊS INDICADORES DE FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL  
DE BASE SOB DUAS MODALIDADES DE GESTÃO: AVALIABILIDADE E  
TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE  
NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação  
em Saúde Coletiva, da Universidade  
de Brasília – Faculdade de Ceilândia,  
como requisito para obtenção do  
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio  
Iturri de La Mata

BRASÍLIA – DF

2019

GABRIELA LORAINÉ LEITE AMORIM

**HISTÓRICO DE TRÊS INDICADORES DE FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL  
DE BASE SOB DUAS MODALIDADES DE GESTÃO: AVALIABILIDADE E  
TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE  
NO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final, apresentado a  
Universidade de Brasília –  
Faculdade de Ceilândia, como parte  
das exigências para a obtenção do  
título de Bacharel em Saúde  
Coletiva.

Brasília, 05 de dezembro de 2019.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientador Prof. José Antonio Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

---

Prof.<sup>a</sup> Mariana Sodário Cruz  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

---

Prof. Sérgio Ricardo Schierholt  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

## DEDICATÓRIA

Dedico o marco final de quatro anos de crescimento e dedicação a quem ocuparia o primeiro lugar na fila dos orgulhosos.

*In memoriam* de Lourival Leite Ferreira.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, agradeço por estar sempre aqui, fazendo planos infinitamente melhores do que os meus;

À mamãe Ângela Leite e ao papai Silveira Amorim, agradeço por serem o melhor apoio que alguém poderia ter. Sempre;

Ao meu irmão, Ivor Deive, pela parceria, cumplicidade e exemplo;

À minha família pela riqueza de valores e princípios que herdei;

Ao meu companheiro de faculdade, rotina, amor e vida, Guilherme Henrique, agradeço por todo apoio, exemplo, tolerância, amizade, carinho, conselhos e por nunca me deixar pensar que sou menor do que sou;

Ao meu orientador, José Iturri, pela paciência, parceria e amizade;

Ao professor Wildo Navegantes pela ajuda e compreensão;

Aos demais professores do colegiado de Saúde Coletiva por ajudarem a despertar uma paixão;

À banca examinadora, Mariana Sodário e Sérgio Schierholt, por aceitarem o convite, participarem e contribuírem de uma forma especial desta conquista;

Aos meus amigos de graduação, que fizeram tudo parecer mais leve, em especial Amanda Silva, Daniela Gadelha, David Vieira, Daphne Sarah, Diego Nascimento, Emanuely Martins, Esdras Alves, Gabrielle Wanzeller, Isabela Luísa, Jamilly Campos, Jennifer Gadelha e Zeke Ribeiro;

Aos meus melhores amigos de vida, Rebeca Ferreira e Matheus Farias, por todo o apoio de sempre, mesmo que de longe;

A todos, o meu MUITO OBRIGADA!

Obrigada, Universidade de Brasília, foi um prazer inenarrável!

Obrigada, Deus, pelo privilégio!

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”* (Arthur Schopenhauer)

## RESUMO

Na busca por melhorar o setor saúde, uma das estratégias que tem se usado no Distrito Federal é a mudança de formas de gestão dos aparelhos de saúde da cidade. As últimas novidades são de um Serviço Social Autônomo – O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – que desde 2017 administra o Instituto Hospital de Base, que é um hospital de referência do estado, e a partir de 2019 passou a gerir outras unidades de saúde.

Esta pesquisa teve foco em levantar o histórico de 3 indicadores de funcionamento do Instituto Hospital de Base e um perfil epidemiológico das internações ocorridas no hospital no período estudado. O estudo englobou dados decorrentes de um período que abarca a gestão por administração direta e por serviço social autônomo, de 2010 a 2018. São os indicadores: tempo médio de permanência hospitalar, taxa de mortalidade e valor médio das internações segundo categoria do CID-10.

Os dados utilizados foram os publicamente disponíveis na fonte oficial do Ministério da Saúde, que é o DATASUS, através dos programas Tabwin e Tabnet e também dados disponíveis no contrato de gestão celebrado entre a SES/DF e o IGESDF e no relatório anual de gestão do IGESDF. Os achados principais permeiam um perfil epidemiológico que não mostra grandes alterações; indicadores que não mostram grandes mudanças, mas apresentam oscilações semelhantes nos mesmos períodos; e diferenças de cálculo dos indicadores para cada instituição e por isso a comparabilidade entre os dados das duas instituições é comprometida. As conclusões e discussões são acerca de avaliabilidade, comparabilidade de dados e transparência na gestão pública, visto que é um estudo descritivo e que não levanta relações de causalidade.

**Palavras-chave:** Modalidades de gestão em saúde; Indicadores de desempenho; IGESDF; Instituto Hospital de Base; Comparabilidade; Transparência na gestão pública.

## ABSTRACT

In order to improve the health area, one of the strategies that has been used in the Federal District is the change of ways of managing the city's health devices. The latest news is from an Autonomous Social Service - IGESDF- which since 2017 manages the Hospital de Base Institute, which is a state reference hospital, and from 2019 started to manage other units.

This research focused on raising the historic of 3 indicators of operation of the Hospital de Base Institute and a modest epidemiological profile of the hospitalizations that occurred in the hospital during the study period. The study included data from a period that covers management by direct administration and autonomous social service, from 2010 to 2018. The indicators are: average length of hospital stay, mortality rate and average value of hospitalizations according to ICD-10 category.

The data used were publicly available from the official source of the Ministry of Health, which is DATASUS, through the Tabwin and Tabnet programs and also data available in the management contract concluded by SES / DF and IGESDF and in the annual management report of the IGESDF. The main findings permeate an epidemiological profile and indicators that does not show big changes, but have similar fluctuations over the same periods, and differences in the indicators formula for each institution and therefore the comparability between the data of the two institutions is compromised. The conclusions and discussions are about evaluability, data comparability and transparency in public management, since it is a descriptive study and doesn't raise causal relationships.

**Keywords** Modalities of health management; Performance indicators; IGESDF; Hospital de Base Institute; Comparability; Transparency in public management.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência de internações por ano de atendimento, no IHBDF, de 2010 a 2018.....	41
Gráfico 2 – Distribuição por sexo de internações ocorridas no IHBDF, de 2010 a 2018.....	42
Gráfico 3 – Distribuição segundo faixa etária das internações ocorridas no IHBDF, de 2010 a 2018.....	43
Gráfico 4 – Distribuição dos caracteres de atendimento das internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018.....	44
Gráfico 5 – Motivos de saída, por categoria agrupada, referentes a internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018.....	45
Gráfico 6 – Distribuição segundo especialidade de leitos no IHBDF, de 2010 a 2018.....	46
Gráfico 7 – Demonstrativo do ranking das 10 categorias do CID-10 mais frequentes nas internações do IHBDF, de 2010 a 2018, obtido através do somatório das ocorrências da doença em todos anos.....	47
Gráfico 8 – Demonstrativo de tempo de permanência hospitalar de 2010 a 2018, no IHBDF, segundo Tabnet.....	48
Gráfico 9 – Histórico de frequência de internação e tempo médio de permanência no IHBDF, de 2010 a 2018.....	50
Gráfico 10 – Taxa de mortalidade no IHBDF, de 2010 a 2018, segundo TABNET.....	52
Gráfico 11 – Histórico de frequência de internações e taxa de mortalidade no IHBDF, de 2010 a 2018.....	53
Gráfico 12 – Histórico dos valores médios, em reais, das dez categorias do CID-10 mais frequentes no IHBDF de 2010 a 2018.....	56

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Valor médio, em reais, de internações das dez categorias do CID-10 mais recorrentes no IHBDF de 2010 a 2018.....	55
Tabela 2 – Disponibilidade de informações e comparabilidade das formas de gestão, por indicador estudado, no IHBDF, 2019.....	61

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características semelhantes dos modelos de gestão jurídico-administrativos: OS e SSA.....	29
Quadro 2 – Procedimentos para coleta de dados nos sistemas utilizados no estudo.....	38

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tendências lineares de frequência e valor médio das 10 mais frequentes categorias do CID-10 no IHBDF.....58

Figura 2 – Continuação. Tendências lineares das 10 mais frequentes categorias do CID-10 no IHBDF.....59

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD – Administração Direta  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
CG – Contrato de Gestão  
CID-10 – Classificação Internacional das Doenças  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DF – Distrito Federal  
DO – Declaração de óbito  
Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
FUC – Fundação Universitária de Cardiologia  
HCB – Hospital da Criança de Brasília  
HUB – UnB - Hospital Universitário de Brasília  
ICDF – Instituto de Cardiologia do Distrito Federal  
Icipe – Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada  
IGESDF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal  
IHBDF – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal  
IML – Instituto Médico Legal  
LAI – Lei de Acesso à Informação  
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal  
MS – Ministério da Saúde  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
OPM – órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção  
OS – Organização Social  
PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado  
SES/DF – Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal  
SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SSA – Serviço Social Autônomo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVO – Serviço de Verificação de Óbitos  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>OBJETIVOS</b>	18
GERAIS	18
ESPECÍFICOS	18
<b>JUSTIFICATIVA</b>	19
<b>MARCO TEÓRICO E NORMATIVO</b>	20
Avaliação em Saúde	20
Avaliabilidade de intervenções	21
Transparência na Gestão Pública em Saúde	21
Desempenho, efetividade e eficiência	23
Novas modalidades de Gestão em Saúde	24
O caso do Hospital de Base do Distrito Federal	27
Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF	30
Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF	31
<b>METODOLOGIA</b>	32
Tipo do estudo	32
Método	32
Variáveis de descrição do perfil demográfico e epidemiológico	33
Indicadores analisados e fontes para seu cálculo	34
<i>Tempo médio de permanência hospitalar</i>	35
<i>Taxa de mortalidade hospitalar</i>	36
<i>Valor médio de internação, por categoria do CID-10</i>	36
Coleta de dados nos programas TABWIN e TABNET	38
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	40
Perfil Epidemiológico	40
Indicadores de Funcionamento Hospitalar:	47
I. <i>Tempo médio de permanência hospitalar</i>	47
II. <i>Taxa de mortalidade hospitalar</i>	51
III. <i>Valor médio de internações por categoria do CID-10</i>	54
Comparabilidade, Avaliabilidade e Transparência	61
<b>CONCLUSÃO</b>	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	66
<b>REFERÊNCIAS</b>	67

## INTRODUÇÃO

A incorporação de modelos alternativos de gestão em Saúde é uma estratégia de gestão utilizada, cada vez mais, em vários estados do país. É proposta como uma forma viável de garantia do dever do Estado de prover saúde integral e gratuita à população. Existem experiências exitosas e não exitosas em relação ao tema e é um assunto em constante discussão entre as esferas envolvidas.

Na rede de serviços do Distrito Federal (DF) existem unidades, de diferentes especialidades, que são administradas sob variadas modalidades de gestão. São exemplos o Hospital da Criança de Brasília (HCB), que é gerido pela Organização Social (OS) Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Icipe); a Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, que é gerida pelo Serviço Social Autônomo (SSA) Associação das Pioneiras Sociais; o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) que é administrado pela Fundação Universitária de Cardiologia (FUC); o Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB), administrado pela empresa pública Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

No cenário atual do DF, temos também a gestão de um ente paraestatal, registrado sob Serviço Social Autônomo (SSA), o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), em várias unidades do estado de diferentes complexidades, e dentre elas, está o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, um conceituado hospital de referência na Secretaria do Estado de Saúde do DF (SES/DF).

A mudança na forma de gestão do Hospital de Base ocorreu após a instituição da Lei nº 5899, de 03 de julho de 2017 (BRASIL, 2017) que autorizava instituir o serviço social autônomo Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) sob a forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, que é regido pelo contrato de gestão nº 001/2018 – SES/DF (BRASIL, 2018), celebrado entre o IGESDF e a SES/DF.

Atualmente a legislação vigente é a Lei nº 6270 de 30 de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019a), que dentre outras providências altera o nome do IHBDF para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) e

expande o limite de atuação assistencial do SSA para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do DF.

Segundo Fonseca, et al (2019) o modelo foi escolhido pela diferença que apresenta em relação aos outros que foram pleiteados quanto ao processo de tomada de decisão, pois neste modelo de gestão o poder público está à frente dos processos decisórios internos das instituições.

Segundo os critérios de Brousselle et al (2011), este processo é compartilhado pelos campos de pesquisa e avaliação, por isso estudos de avaliação, como este, são úteis no auxílio destes processos.

Este estudo oferece subsídios de evolução de indicadores de desempenho da gestão por administração direta do Estado e do IGESDF, demonstrando o histórico de 2010 a 2018 destes indicadores no IHBDF, sendo de 2010 a 2016 o período de administração direta e de 2017 a 2018, o período de gestão do SSA.

O caráter incipiente da mudança de gestão, visto que possui 2 anos de implementação, faz com que a observação dos achados do estudo seja sob a etapa inicial desta intervenção e incita o acompanhamento dos indícios para afirmar a existência de tendências, correlações e causalidades.

A metodologia é a avaliação normativa e seus resultados serão discutidos usando, entre outros, conceitos sobre avaliabilidade e transparência da gestão pública. Esta avaliação é desenvolvida em relação a 3 indicadores - 2 deles previstos no contrato de gestão e 1 não previsto.

As fontes de dados para a construção dos indicadores, em relação aos dois tipos de gestão, são sistemas oficiais de domínio do Ministério da Saúde (MS), o contrato de gestão e o relatório de gestão do IGESDF denominado relatório anual do contrato de gestão.

Para garantir um aspecto comparável quanto ao perfil dos atendimentos no hospital ao longo do período é levantado um perfil epidemiológico simples, construído por meio de dados do Sistema de Informações Hospitalares do MS,



que também é a fonte oficial considerada para utilização dos critérios de cálculo dos indicadores.

A partir dele é possível obter o cálculo dos indicadores de desempenho estabelecidos no contrato de gestão: taxa de mortalidade hospitalar e tempo médio de permanência hospitalar, assim como o indicador de valor médio de internação por categoria do CID-10, que não está previsto no contrato, mas é um fator relevante para o cumprimento do objetivo de eficiência almejado pelo instituto.

Tendo em vista as mudanças ocorridas na gestão do IHBDF e a metodologia supracitada, a pergunta de pesquisa a ser respondida é: *Como se comportam três indicadores de funcionamento hospitalar ao longo do período de 2010 a 2018 em duas formas de gestão?*

## **OBJETIVOS**

### **GERAIS**

Descrever o histórico de três indicadores de desempenho, no período de 2010 a 2018, que inclui duas formas de gestão do Hospital de Base à luz de noções de avaliabilidade de políticas e de transparência da gestão pública.

### **ESPECÍFICOS**

Descrever o perfil epidemiológico referente às internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018;

Descrever o histórico de 2010 a 2018 do indicador de desempenho: tempo médio de permanência hospitalar no IHBDF;

Descrever o histórico de 2010 a 2018 do indicador de desempenho: taxa de mortalidade no IHBDF;

Descrever o histórico de 2010 a 2018 do indicador de eficiência: valor médio de internação das 10 mais frequentes categorias do CID-10, no IHBDF;

Discutir informações sobre a comparabilidade dos indicadores e transparência na gestão pública a partir de dados oficiais do Ministério da Saúde e os preconizados pelo contrato de gestão.

## **JUSTIFICATIVA**

A motivação para realização do estudo surgiu durante uma experiência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Ceilândia que, na época estava na fase de transição da administração direta (AD) para a gestão por SSA, do IGESDF, no primeiro semestre do ano de 2019, enquanto fui alocada nesse campo de estágio ao cumprir a disciplina de Estágio II do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

Neste cenário, pude perceber a forma com que ocorreu a implantação desta intervenção e alguns dos processos que envolveram a mudança na forma de gestão no período citado e foi onde surgiu a inquietação a respeito da experiência original do SSA, a gestão do IHBDF, que alegava grande efetividade principalmente em informações veiculadas pela mídia.

Outra parte da motivação surgiu no segundo semestre do ano de 2018, quando na disciplina de avaliação e monitoramento em saúde, fui apresentada à metodologia de avaliação em saúde e com a ótica de futura sanitária me despertou um entendimento de que os processos de avaliação são fundamentais para se garantir o que foi planejado e seria este um dos passos principais para a realização e sucesso de qualquer intervenção na área da saúde.

Nas pesquisas sobre a temática do estudo, notou-se uma escassez de estudos avaliativos específicos sobre a efetividade das novas formas de gestão na área da saúde. Ainda que existam análises político-institucionais sobre novas formas de gestão no DF, não foram localizados estudos avaliativos a respeito do tema no DF.

Outra justificativa para a escolha do tema e para a execução do estudo foi a sua atualidade, visto que se trata de uma intervenção implantada a menos de 5 anos, que por se tratar de uma intervenção incipiente, pode tornar este estudo um pontapé para outras abordagens de avaliação em saúde e da Saúde Coletiva.

## **MARCO TEÓRICO E NORMATIVO**

### **Avaliação em Saúde**

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações (SAMICO et al, 2010 apud CHAMPAGNE et al, 2009).

As intervenções citadas são constituídas pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (SAMICO et al, 2010 apud CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A avaliação normativa consiste essencialmente em verificar se uma intervenção corresponde às expectativas que foram impostas sobre ela. Ela faz parte da gestão e está associada à administração como forma de controle nas organizações, no que diz respeito ao acompanhamento das intervenções (Brouselle et al, 2011).

Os mesmos autores versam que na apreciação normativa o foco pode ser sob a estrutura, que são os recursos e a organização das intervenções, sob o processo, que são os serviços ou bens produzidos e os resultados, que consiste na comparação da intervenção com as normas.

As normas podem ser várias e podem advir de diferentes fontes, que são elas: (1) Leis e textos oficiais, (2) indivíduos, (3) observação de práticas e (4) a literatura especializada. Para o estudo é analisada uma norma advinda de um texto oficial, descrito no contrato de gestão celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal.

Essas normas podem variar em 2 (dois) tipos, que dependem do objetivo da avaliação, da clientela e da filosofia da intervenção: as representativas, que

são o que geralmente se faz e as elitistas, que são o que pode ser feito de melhor (Brousselle et al, 2011). Para o referido estudo o enfoque é em uma norma representativa, visto que se trata de uma norma que preconiza o funcionamento do objeto de estudo.

### **Avaliabilidade de intervenções**

A Avaliabilidade de uma intervenção, que também pode ser considerada como um estudo de pré-avaliação, é definida por Rossi e Freeman (1989) como um conjunto de procedimentos para avaliações planejadas de tal forma que os interesses dos envolvidos são considerados com a finalidade de maximizar a utilidade da avaliação.

Samico et al (2010) complementam que, portanto, o estudo da avaliabilidade de um programa visa proporcionar um ambiente favorável para a avaliação, construir entendimentos entre os envolvidos sobre a natureza e os objetivos do programa, buscar concordância quanto ao interesse na avaliação e nos possíveis usuários do estudo e aumentar as possibilidades de uso dos resultados da avaliação. (Samico et al, 2010 apud Rossi e Freeman, 1989).

Os estudos de avaliabilidade, que são vistos por Samico et al (2010) como estudos que visam apreciar em que medida um programa está em condições de se submeter a uma avaliação, são recomendados por Trevisan e Huang (2003) como um passo inicial para avaliar programas, aumentando a probabilidade de fornecer avaliações oportunas, relevantes e de interesse para os tomadores de decisão.

A intervenção neste estudo significa a mudança no modelo de gestão do IHBDF e o tipo de avaliação se restringe ao chamado por Brousselle et al (2011) de “caixa preta”, pois não ultrapassa os limites da observação restrita aos resultados da intervenção, não interpreta os resultados discutindo-os à luz das normas da intervenção e nem permite que sejam feitas relações de causalidade entre a intervenção e os resultados.

### **Transparência na Gestão Pública em Saúde**

Segundo Santos e Rocha (2019) no Brasil existem leis que foram criadas com o objetivo de proporcionar uma maior clareza da gestão pública e mesmo assim o país ainda não alcançou níveis de excelência em relação a este assunto

e a aplicação dessas leis precisa ser melhor, de forma que alcance os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Para os autores, as publicações sobre dados das gestões precisam ser mais claras e mais acessíveis aos cidadãos de todas as classes sociais e que estes precisam ter noção da importância de estarem sempre bem informados a respeito da gestão das políticas públicas no país.

Ainda segundo Santos e Rocha (2019):

A transparência não deve se atribuir exclusivamente a fatos presentes exercidos pela administração pública, da mesma forma responsabilizar-se pelas informações de períodos anteriores, o que proporciona estudos de personalidade evolutiva e comparativa acerca da operação dos gestores. Sendo assim, a transparência desempenha a função de unir o Estado e a sociedade e aumentar o nível de acesso da população às informações.

A lei complementar nº 101 de 4 de maio de 2000, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências (BRASIL, 2000), que pressupõe a ação planejada e transparente visando prevenir riscos e corrigir desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas.

Segundo Santos e Rocha (2019) esta lei foi implantada para inibir uma prática comum entre alguns governantes, que faziam grandes gastos ao final de seus governos e deixavam as dívidas na responsabilidade dos próximos governantes eleitos, portanto entende-se esta lei como um aparato para evitar que os governantes gastem mais do que conseguem arrecadar com impostos.

A lei complementar nº 131 de 27 de maio de 2009 (BRASIL, 2009) acrescenta dispositivos à LRF que determinam a disponibilização, em tempo real, das informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do DF e dos municípios.

Outras legislações conferem deveres da administração pública em publicizar informações a respeito de administração e controle financeiro dos entes, mas a discussão deste estudo incita que não apenas sob responsabilidade fiscal orçamentária, mas também sobre a publicização de outros dados da gestão por parte das instituições e isso está amparado pela Constituição Federal e pela Lei de Acesso à Informação.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), no inciso XXXIII do artigo 5º prevê que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

A Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011), Lei de Acesso à Informação (LAI), regula o acesso a informação previsto na constituição federal, altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

No artigo 3º da LAI o direito de acesso à informação deve funcionar em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:

- I - Observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção;
- II - Divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;
- III - Utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação;
- IV - Fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública;
- V - Desenvolvimento do controle social da administração pública (BRASIL, 2011).

Além de que no artigo 6º a lei dispõe que cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, garantir a:

- I - Gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;
- II - Proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade; e
- III - Proteção da informação sigilosa e da informação pessoal, observada a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso (BRASIL, 2011).

### **Desempenho, efetividade e eficiência**

Para o alcance dos objetivos desta avaliação será utilizado o conceito de efetividade de Samico et al (2010) que diz respeito à “capacidade de se produzir os efeitos desejados” durante o “uso rotineiro” da intervenção e em outras palavras diz respeito à resposta para a questão: “o serviço funciona?”. Este

termo é utilizado em certo momento deste estudo como sinônimo de “desempenho”, que é a palavra empregada pelo contrato de gestão para descrever os indicadores.

Outra definição válida de efetividade para o estudo é de Castro (2006), que infere:

A efetividade, na área pública, afere em que medida os resultados de uma ação traz benefício à população. Ou seja, ela é mais abrangente que a eficácia, na medida em que esta indica se o objetivo foi atingido, enquanto a efetividade mostra se aquele objetivo trouxe melhorias para a população visada.

O autor também recorre ao recorte da definição de efetividade outros estudos que diferenciam os conceitos de efetividade, eficiência e eficácia, que também agregam ao presente estudo:

Efetividade é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas (Castro, 2006 apud Torres, 2004, p. 175).

Sobre eficiência, o conceito entendido neste estudo parte que estudos de VIACAVA, Francisco et al (2012) sobre desempenho de sistema de saúde que define a eficiência como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. Ou seja, para este estudo o conceito se aproxima ao de custo-benefício.

Sobre desempenho, o SINGEP (2014) levanta que atualmente o SUS preconiza que o financiamento leve em consideração não somente a produção, mas também características de necessidade da população em determinada localidade e a partir disso os contratos de gestão celebrados após a promulgação da lei nº 141 de 2012, para se adequarem à medida, estabelecem metas de desempenho e qualidade.

### **Novas modalidades de Gestão em Saúde**

Estudos recentes (Ravioli AF et al, 2018) sobre a temática que envolve modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) afirmam que os entes federativos que compõem o SUS, para cumprir a obrigação constitucional de assegurar a assistência em Saúde à população, podem gerir,



manter e prestar serviços de forma direta ou indireta, inclusive diante a participação complementar da iniciativa privada.

A administração direta é aqui entendida pela definição de Cunha Júnior (2013) como o conjunto de órgãos que integram as pessoas federativas, aos quais foi atribuída a titularidade e competência para executar serviços públicos, que deriva da definição do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe que a administração direta “se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e na dos Ministérios.

O SUS atualmente, além de serviços de saúde próprios da administração direta, tem a possibilidade de delegar ou transferir a titularidade ou a execução de serviço para a administração indireta, que pode ter diferentes personalidades jurídicas, entre elas as autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista (Ravioli, AF et al, 2018):

Para o mesmo fim de prestar assistência em saúde, o gestor público pode optar pela administração privada complementar, ao firmar contratos ou convênios com organizações sociais, associações civis sem fins lucrativos, fundações privadas ou empresas privadas.

Diversas modalidades dentro destes critérios, com diferentes especificidades foram pleiteadas ao se pensar no novo modelo de gestão do Hospital de Base e serão discutidas adiante.

No cenário brasileiro, em suas últimas décadas, são emergentes as discussões sobre o conteúdo da rearticulação do Estado em decorrência de novas demandas da sociedade como um todo que impulsionaram e ainda impulsionam a emergência de propostas de reforma no Estado brasileiro.

Carneiro Júnior et al (2003) incita a discussão descrevendo a forma com que o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) foi esboçado no governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995, pelo qual o governo propunha privilégios à incorporação da lógica de mercado e a precedência da razão econômica como pontos de modernização técnico-administrativa para se intervir na crise do Estado brasileiro, caracterizada como econômica, política, fiscal e da administração pública burocrática.

Para Ibanez et al (2007) a intenção por enxugar o tamanho do Estado sempre esteve presente e se iniciaria com a transferência dos serviços não

exclusivos, como saúde, para entidades privadas. Além de que o Plano Diretor da Reforma do Estado, buscara, na realidade, criar novas figuras para o terceiro setor.

Ainda segundo Carneiro Junior et al (2003) a conjuntura marcada pela desregulamentação administrativa, em relação aos contratos de recursos humanos e à diminuição do controle dos processos administrativos e o estabelecimento de contratos de gestão entre governo e setores privados para a produção de serviço nas áreas sociais fundamenta a proposta que tem como diretrizes:

I- Descentralização e desconcentração — o que implica a destinação de órgãos estatais para o setor público não-estatal e/ou para outras instâncias de governo;

II- Distinção dos órgãos estatais e não-estatais com funções de formular e/ou executar políticas públicas;

III- Implantação de mecanismos para avaliar e controlar os resultados, mediante “contrato de gestão” a ser firmado entre o aparelho estatal e uma instituição que se responsabilizará pela função pública;

IV- Desregulamentação das normas, rotinas e procedimentos atuais da burocracia estatal, particularmente daqueles vinculados à compra de materiais e de contratação de recursos humanos;

V-adoção de nova política de recursos humanos, que permita a avaliação de rendimento e de prestação de serviços orientados pela satisfação dos usuários (CARNEIRO JUNIOR et al, 2003 apud BRASIL, 1998).

Essas diretrizes são apoiadas em duas estratégias: (1) o fortalecimento da burocracia no núcleo estratégico do Estado, dotando de maior capacidade de formulação de políticas e de controle e avaliação sobre a implementação das mesmas e (2) a reforma gerencial voltada essencialmente para descentralização da prestação de serviços pelo Estado e para a aplicação de novas formas de gestão e de controle que possibilitem maior eficiência e qualidade de atendimento ao cidadão (CARNEIRO JUNIOR et al , 2003 apud BRASIL, 1998).

Após consolidada a reforma do aparelho do Estado, segundo suas especificidades já mencionadas e também um dos grandes desafios da gestão pública que segundo Ibanez et al (2007) que é a capacitação profissional para gerir a complexidade de um sistema hospitalar fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras, surgem as novas formas de gestão do Estado e sobretudo as novas formas de gestão em saúde.

O mesmo autor, ao explicar sobre as formas de gestão afirma que a melhor forma de se diferenciar as organizações é através do regime jurídico que elas adotam, sendo as de regime jurídico de direito privado classificadas em: fundações públicas de direito privado, empresas públicas, sociedades anônimas, serviços sociais autônomos, organizações sociais regidas pela lei 9637/98, organizações civis de interesse público, fundações de apoio e convênios.

É foco da referida pesquisa o conceito de Serviços Sociais Autônomos, que são definidos pelos mesmos autores como:

Personalidades jurídicas que foram muito utilizadas no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço. Também é a forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, comércio. São criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores (IBANEZ et al, 2007).

Há uma discussão sobre o termo “terceiro setor” e seu propósito anunciado desde a sua criação. Morais HMM et al (2018) discorrem sobre a forma com que ela é vista por diferentes pensadores da área, em suas abordagens. Para o enfoque deste estudo em questão, será utilizado o conceito de Bresser Pereira que o entende como uma terceira forma de propriedade entre a privada e a estatal, onde o Estado deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços e se fortalece na função de promotor e regulador deste desenvolvimento, combinado com o conceito definido pelo IV Encontro Ibero-Americano do Terceiro Setor (1998) de “organizações privadas, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas e de associação voluntária” (Morais HMM et al 2018).

### **O caso do Hospital de Base do Distrito Federal**

O Hospital de Base do Distrito Federal, considerado o mais relevante equipamento de saúde do DF, se encontrava até 2016, assim como toda a rede de saúde pública do estado, em dificuldades que levavam a ineficiências relacionadas às dificuldades de contratação, gestão de profissionais realização de contrato de abastecimento e manutenção (Fonseca, HLP. Et al, 2019).

Neste cenário, visando garantir autonomia administrativa e orçamentária do hospital, a Secretaria do Estado de Saúde do DF (SES-DF) buscou um novo modelo jurídico administrativo que fosse próximo do poder público, autônomo,

eficiente e flexível e instituiu um modelo que busca se assimilar ao modelo de gestão do Hospital Sarah Kubistchek, que é gerido por SSA.

Segundo o mesmo autor, foram identificadas alternativas de modelos de gestão após a leitura da situação por parte da SES-DF e dessa forma foram elencados os 7 (sete) seguintes modelos que são definidos por Cunha Júnior et al (2013): Órgão autônomo, que são entidades participantes da administração direta que possuem autonomia financeira técnica e administrativa e não possuem personalidade jurídica, sendo assim representados pela União;

Autarquia especial, que são entes da administração indireta que exercem diversas atividades ligadas à administração pública e são dotadas de poderes especiais mais abrangentes do que os conferidos às autarquias comuns ligados ao poder normativo técnico, à autonomia decisória, à independência administrativa e à autonomia econômico-financeira. Esses dois primeiros modelos, segundo Fonseca, HLP et al, (2019) não trariam a desburocratização e a agilidade suficientes e necessárias para as atividades de assistência à saúde.

O terceiro modelo cogitado foi a Fundação Estatal (Fundação pública, de direito privado), que em teoria poderiam implementar vários conceitos das empresas privadas aos serviços públicos, já que a forma de gestão administrativa se faz à semelhança do que ocorre com as sociedades de economia mista e empresas (Cunha Júnior et al, 2013).

O quarto da ordem foi o modelo de Empresa Pública Social, que segundo os mesmos autores são pessoas jurídicas de capital público, instituídas pelo Poder Público, com a finalidade prevista em lei. A finalidade pode ser de atividade econômica ou de prestação de serviços públicos. Estes dois outros modelos foram excluídos por não oferecerem agilidade suficiente.

Os modelos que alcançariam os propósitos da SES-DF eram o de Privatização, Organizações Sociais (OS) e Serviço Social Autônomo (SSA). A privatização embora alcançasse o grau de flexibilidade e autonomia almejados, nunca fora cogitada por ser contra a política da Secretaria e do Governo de Brasília e as diretrizes do Conselho de Saúde.

Os modelos de OS e SSA são semelhantes em suas características, e supriam as maiores necessidades do HBDF de contratação de pessoal e cadeia de suprimentos e serviços, conferindo-lhes maior autonomia, flexibilidade e agilidade. As características que se assemelham em ambos os modelos são demonstradas pelo quadro 1.

Quadro 1 – Características semelhantes dos modelos de gestão jurídico-administrativos: OS e SSA

<b>Área</b>	<b>Tipo</b>
Gestão de Pessoas	Forma de provimento: processo seletivo Regime: CLT Instrumentos para definição de processos de trabalho : regras próprias, observados os princípios constitucionais
Gestão de Bens e Serviços	Regras próprias, observados os princípios constitucionais;
Gestão Orçamentária e Financeira	contrato de gestão e alocação interna
Governança Interna	Decisões internas
Relacionamento com o Poder Público	Contratos de gestão
Controle	SES-DF, CSDF, CGDF, TCDF e MPDFT

Adaptado de Fonseca HLP *et al* 2019 *apud* Cunha Junior *et al* 2013.

Ainda segundo Fonseca HLP *et al* (2019) o que distingue essas duas modalidades, que se assemelham em tantas características, são suas origens e a composição do processo decisório. As OS são criadas por particulares que se submetem à qualificação pelo poder público e os SSA são criados pelo poder público, que está à frente de todo processo decisório interno da instituição, sem nenhuma participação de capital privado.

O modelo escolhido para a gestão do Hospital foi o SSA, que demonstrou melhor preparo para prover resultados, qualidade e produtividade no modelo público com a segurança que uma lei concede e as derrogações de direito público, com estrutura e eficiência assemelhada à privada.

Um dos instrumentos utilizados para celebrar o compromisso entre os entes do Estado e do terceiro setor, inclusive o que é objeto deste estudo, é o contrato de gestão. Alconforado (2005) discute sobre os tipos de contratualização de resultados que vem sendo utilizados no Brasil, especialmente no Governo do Estado de São Paulo. Para o autor, contratualização é uma prática importante na Administração Pública pós-Reforma do Estado, pois possibilita instituir

práticas de planejamento, avaliação e monitoramento da execução por parte do Estado (órgão contratante) e o terceiro ou órgão público contratado.

Na contratualização, os instrumentos contratuais que podem ser utilizados, em sua maioria, são os mesmos já praticados pela Administração Pública, entretanto, o foco e a forma de se construir o instrumento é que muda, já que se passa de uma visão anterior focada no processo (meio), para uma nova visão focada nos resultados (fins) (ALCONFORADO, 2005).

O contrato de gestão vigente, que é um dos objetos de análise e de dados desta pesquisa, é o de n. 001/2018 (BRASIL, 2018), que é celebrado entre a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal e o Instituto Hospital de Base do Distrito federal, que passa a ser gerido pelo Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal – IGESDF.

### **Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF**

Após a aprovação Lei nº 5899, de 03 de julho de 2017 (BRASIL, 2017) foi autorizada a instituição do serviço social autônomo Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) sob a forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, que é regido pelo contrato de gestão nº 001/2018 – SES/DF (BRASIL, 2018), celebrado entre o IGESDF e a SES/DF.

A Lei nº 6270 de 30 de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019a), que dentre outras providências altera o nome do IHBDF para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) e expande o limite de atuação assistencial do serviço social autônomo para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do DF.

Em 19 de Fevereiro de 2019 foi aprovado o decreto nº 39.674, pelo qual o governador do Distrito Federal regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal- IGESDF, de forma que seu artigo 1º preconiza:

O IGESDF é pessoa jurídica de direito privado, constituída sob a forma de Serviço Social Autônomo - SSA, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, que tem como objetivo prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, em cooperação com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BRASIL, 2019).

O IGESDF, por sua vez, celebra a parceria com o governo do estado com a missão de prestar serviços de alta complexidade em saúde aos usuários do SUS aliados à produção e aplicação de conhecimentos, por meio de uma gestão ágil, efetiva e sustentável e com a visão de ser a instituição de saúde pública de referência em alta complexidade que melhor cuida de pessoas no Brasil (IGESDF, 2019).

Os valores institucionais do IGESDF são interpretados como os parâmetros básicos que direcionam a administração, o funcionamento e os relacionamentos interno e externo da instituição. Eles são base das ações e decisões tomadas pela organização, são inegociáveis e atemporais, além de imprimir a coerência entre a estratégia e as ações do instituto. São traduzidos em cinco pilares que complementam sua missão: a segurança, a empatia, a excelência, o espírito de corpo e a transparência (IGESDF, 2019).

### **Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF**

Segundo Fonseca HPL et al (2019) o Hospital de Base é o hospital símbolo da cidade, sendo sua maior unidade. Nele é atendida toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos para atendimentos de média e alta complexidade.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2019) caracteriza a unidade como hospital geral e hospital de ensino, de média e alta complexidade, que presta atendimento dos tipos ambulatorial, internação, urgência e Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia. Atende por demanda espontânea, possui contrato formalizado com o SUS e possui uma vasta lista de instalações físicas próprias.

Ainda segundo o CNES, são listadas as atividades secundárias de apoio diagnóstico, terapias especiais, reabilitação, concessão e manutenção de OPM (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), assistência e emergências, entrega/dispensação de medicamentos, internação, assistência intermediária, atenção psicossocial, assistência obstétrica e neonatal, atenção hematológica/hemoterápica, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e imunização.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo avaliativo, de abordagem normativa e descritiva que utiliza de dados secundários para levantar informações sobre o histórico de indicadores de funcionamento hospitalar do IHBDF em um período de mudança na forma de gestão do mesmo.

Segundo Gil (2002) as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Segundo Brousselle et al (2011), as apreciações normativas são atividades que procuram verificar se uma intervenção corresponde às expectativas e que se baseiam na pertinência e na exatidão das normas escolhidas.

Como é inerente aos estudos de avaliação normativa, esta análise não é desenhada para definir relações de causalidade entre os indicadores apurados e os contextos de gestão, mas para mensurar a tendência do histórico através dos dados usados, utilizando do conceito da avaliação o tipo “caixa preta” (BROUSSELLE, 2011), que não ultrapassa os limites da observação restrita aos resultados da intervenção e não discute a sua causalidade.

São observadas apenas relações de correlação que podem existir entre as variáveis estudadas e o cenário onde a intervenção atua.

Os indicadores analisados e descritos mais adiante são:

- ✓ Tempo médio de permanência hospitalar
- ✓ Taxa de mortalidade hospitalar
- ✓ Valor médio de internação por categoria do CID-10

### **Método**

O método de desenvolvimento desta avaliação em saúde é realizado em 3 etapas:

- a. A tabulação das variáveis e descrição do perfil demográfico e epidemiológico referente às internações ocorridas de 2010 a 2018 no IHBDF; este perfil é elaborado para verificar se houveram mudanças nas características básicas



da população atendida sob duas formas de gestão, mudanças estas que poderiam influenciar o comportamento dos três indicadores estudados;

- b. A tabulação dos dados de 2 indicadores de desempenho definidos no contrato de gestão referentes ao mesmo período e 1 indicador de eficiência hospitalar não previsto pelo contrato de gestão;
- c. Discussão da relação entre o histórico dos indicadores e suas formas de cálculo de acordo com cada uma das fontes, à luz dos conceitos de avaliabilidade, comparabilidade e transparência na gestão pública.

### **Variáveis de descrição do perfil demográfico e epidemiológico**

Para o levantamento das características dos perfis de internação do IHBDF foram utilizadas, com os seguintes recortes e categorias com base no TABWIN, que utiliza de AIHs para compor seus dados, as seguintes variáveis:

- **Frequência:** número de internações por ano na unidade;
- **Sexo:** proporção anual de indivíduos nas categorias masculino, feminino e ignorado;
- **Faixa etária:** proporção de indivíduos classificados dentro de 6 (seis) categorias: < de 1 ano, 1-4 anos, 5-14 anos, 15-49 anos, 50+ anos e ignorado;
- **Caráter de atendimento:** classifica as internações entre eletivas, urgência, acidente no local de trabalho, acidente no trajeto para o trabalho, outros tipos de acidente de trânsito e outros tipos de lesões/envenenamento por agentes químicos e físicos;
- **Motivos de saída:** permite estratificar a situação dos pacientes em categorias de motivos para a saída do mesmo;
- **Especialidades dos leitos:** caracteriza e quantifica a especialidade dos leitos utilizados no período;
- **Frequência de internação por categoria do CID-10:** Permite a visualização das 10 doenças mais frequentes da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) dentre as internações por meio do ranking obtido através do somatório das doenças ao longo dos anos.

## **Indicadores analisados e fontes para seu cálculo**

Para a coleta dos dados referentes às variáveis do estudo foram utilizados sistemas de informação do SUS, desenvolvidos pelo DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), que é o órgão do Ministério da Saúde responsável por prover sistemas de informação, suporte de informática ao SUS.

Foram utilizados o TABWIN (Tabulação para Windows), que é o programa que permite fazer tabulações das variáveis constantes das bases de dados disponíveis no site do DATASUS ou pelas exportações de tabulações realizadas pelo Tabnet, e o TABNET, que é o aplicativo desenvolvido pelo DATASUS para gerar tabulações pré-definidas das variáveis constantes das bases de dados do SUS, para duas variáveis.

Nesses programas foi utilizado o banco de dados de arquivos dissemináveis para tabulação do SIHSUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), que é construído por dados de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), por onde as unidades hospitalares enviam os dados das internações efetuadas. (FUKUNAGA et al, 2018).

A finalidade do AIH (Sistema SIHSUS) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. (BRASIL, 2019a).

Dos três indicadores escolhidos para esta avaliação, dois são preconizados e classificados pelo contrato de gestão como indicadores para medidas de desempenho. Ambos estão incluídos no sistema de morbidade hospitalar do SUS, podem ser e obtidos pelo TABNET/DATASUS.

Duas fontes – DATASUS e Contrato de Gestão - calculam os indicadores com fórmulas e dados diferentes, aos quais não foram encontrados estudos que validem a sua comparabilidade, por isso, para este estudo assumimos que não são comparáveis entre si, mesmo que possam aparentar uma possível correlação.

A diferença entre as fórmulas de cálculo das duas fontes é em relação a utilização de dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo DATASUS e a utilização de dados de pacientes-dia pelo contrato de gestão.

Segundo o manual técnico do SIHSUS (BRASIL, 2017), a AIH é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviço SUS e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico hospitalares, onde estão contidos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e o serviço de hotelaria.

Desta forma, podem existir várias AIH para o mesmo paciente em decorrência dos vários procedimentos que estes estão sujeitos a sofrer e este fato influencia o resultado do cálculo dos indicadores.

A variável “pacientes-dia” usada para o cálculo deste indicador pelo IGESDF, é usada em outros estudos do mesmo escopo e é a unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Esta variável é calculada pelo IGESDF, mas não é disponibilizada publicamente e para a utilização de dados primários seria necessária a autorização de um comitê de ética em pesquisa (CEP). Também não existem dados públicos disponíveis utilizando esta variável para o período de Administração Direta.

### **Tempo médio de permanência hospitalar**

Na nota técnica do sistema de morbidade hospitalar do SUS por local de internação DATASUS/MS (BRASIL, SD) este indicador é definido como a média de permanência das internações referentes à AIH aprovadas, computadas como internações no período. Há de se considerar que, para o DATASUS, para o total dos dias de permanência utilizados neste indicador são contados os dias entre a internação e a alta:

$$\frac{\sum n^{\circ} \text{ de dias entre as internações e altas no período}}{n^{\circ} \text{ de AIHs aprovadas, computadas como internação no período}}$$

Segundo o contrato de gestão (BRASIL, 2018) é a relação total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio

de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Este indicador é expresso pela fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes – dia no período}}{\text{Total de saídas no período}}$$

Para este indicador, a incomparabilidade se dá pelos dados utilizados de “pacientes-dia” e “AIH”, tendo em vista que AIHs e pacientes-dia expressam conceitos diferentes dos casos ocorridos no hospital.

### **Taxa de mortalidade hospitalar**

Segundo o DATASUS/MS (BRASIL, SD) é a razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH aprovadas, computadas como internações no período, multiplicada por 100:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de óbitos em pacientes internados}}{n^{\circ} \text{ de AIHs aprovadas, computadas como internações}} \times 100$$

Segundo o contrato de gestão (BRASIL, 2018) é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados na unidade, durante um determinado período e o número de pacientes egressos (por altas ou óbitos) no mesmo período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar. Este indicador é expresso pela fórmula:

$$\frac{\text{Total de óbitos ocorridos no período}}{\text{Total de altas e óbitos no período}} \times 100$$

Para este indicador, a incomparabilidade se dá pelo uso de “AIH” e “pacientes internados na unidade”, que também expressam conceitos diferentes dos casos ocorridos na unidade.

### **Valor médio de internação, por categoria do CID-10**

É outro indicador que segundo Ramos MCA, et al (2015) pode ser calculado para indicar desempenho hospitalar. Ele não é previsto pelo contrato de gestão, mas é calculado neste estudo, nas seguintes particularidades:

Segundo a OPAS (2008), o valor médio pago por internação hospitalar no SUS mede o gasto médio de recursos pagos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das AIH. É calculado pela fórmula:

$$\frac{\text{Valor da despesa com internações hospitalares no SUS,} \\ \text{por especialidade (em reais)}}{\text{Número total de internações na especialidade}}$$

Neste estudo este indicador será calculado para quantificar, em reais, o valor médio das 10 mais frequentes doenças, por categoria do CID-10, no IHBDF. Estas foram escolhidas devido ao grande volume de doenças que existem no sistema e seguem o ranking do total de frequências ao longo dos anos, do DATASUS, que foi obtido pelo TABWIN.

## Coleta de dados nos programas TABWIN e TABNET

Quadro 2 – Procedimentos para coleta de dados nos programas utilizados no estudo.

Variável	Programa	Banco de Dados	Filtros
Frequência de internação	Tabwin	AIH reduzida/SIH/DATASUS	Linhas: Hospital do DF (CNES) Colunas: Ano de internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: 0 *Considerada apenas a linha do IHBDF
Sexo	Tabwin		Linhas: Sexo Colunas: Ano de internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
Faixa etária	Tabwin		Linhas: Faixa etária (5) Colunas: Ano de internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
Caráter de atendimento	Tabwin		Linhas: Caráter de atendimento Colunas: Ano de internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
Motivos de saída	Tabwin		Linhas: Motivo Saída/Permanência Colunas: Ano de internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
Especialidade dos leitos	Tabwin		Linhas: Leito/Especialidade Colunas: Ano de internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

Variável	Programa	Banco de Dados	Filtros
Frequência de internação por categoria do CID-10	Tabwin	AIH reduzida/SIH/DATASUS	Linhas: Diagnóstico CID10 (categ) Colunas: Ano internação Incremento: Frequência Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
Valor total de internação por categoria do CID-10	Tabwin		Linhas: Diagnóstico CID10 (categ) Colunas: Ano internação Incremento: Valor total Seleções disponíveis: Hospital DF (CNES) – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
Tempo médio de internação hospitalar	Tabnet		Linha: Estabelecimento Coluna: Ano de atendimento Conteúdo: Média permanência Períodos disponíveis: todos de Dez/2018 a Jan/2010 Seleções disponíveis: Estabelecimento - IHBDF
Taxa de mortalidade	Tabnet		Linha: Estabelecimento Coluna: Ano de atendimento Conteúdo: Taxa mortalidade Períodos disponíveis: todos de Dez/2018 a Jan/2010 Seleções disponíveis: Estabelecimento - IHBDF
Valor médio de internação (por categoria do CID-10)	Tabwin		Indicador calculado a partir de 2 variáveis (frequência de internação por categoria do CID-10 e valor total de internação por categoria do CID-10) aplicadas à fórmula

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os gráficos e tabelas a seguir demonstram os achados relativos aos dados, quando aplicada a metodologia supracitada. Estão organizados de acordo com cada uma das variáveis de levantamento epidemiológico, bem como o cálculo dos indicadores.

Os gráficos estão organizados em tonalidades de cores diferentes para distinguir os períodos de administração direta e SSA, sendo AD os tons mais claros e SSA os tons mais escuros.

Para ilustrar o contexto institucional em que se inserem as formas de gestão, existe um elemento nos gráficos que sinaliza a mudança de governador do DF, que são as setas pretas abaixo das colunas que indicam o ano. No ano de 2011 houve transição de governadores de Rogério Rosso para Agnelo Queiroz e em 2015 houve transição de governadores de Agnelo Queiroz para Rodrigo Rollemberg.

### Perfil Epidemiológico

A análise dos dados demonstra um perfil epidemiológico constante das internações no IHBDF, com variáveis que durante os 9 anos estudados acompanharam suas particularidades do sentido de proporcionalidade ao número de atendimentos e as demais características.

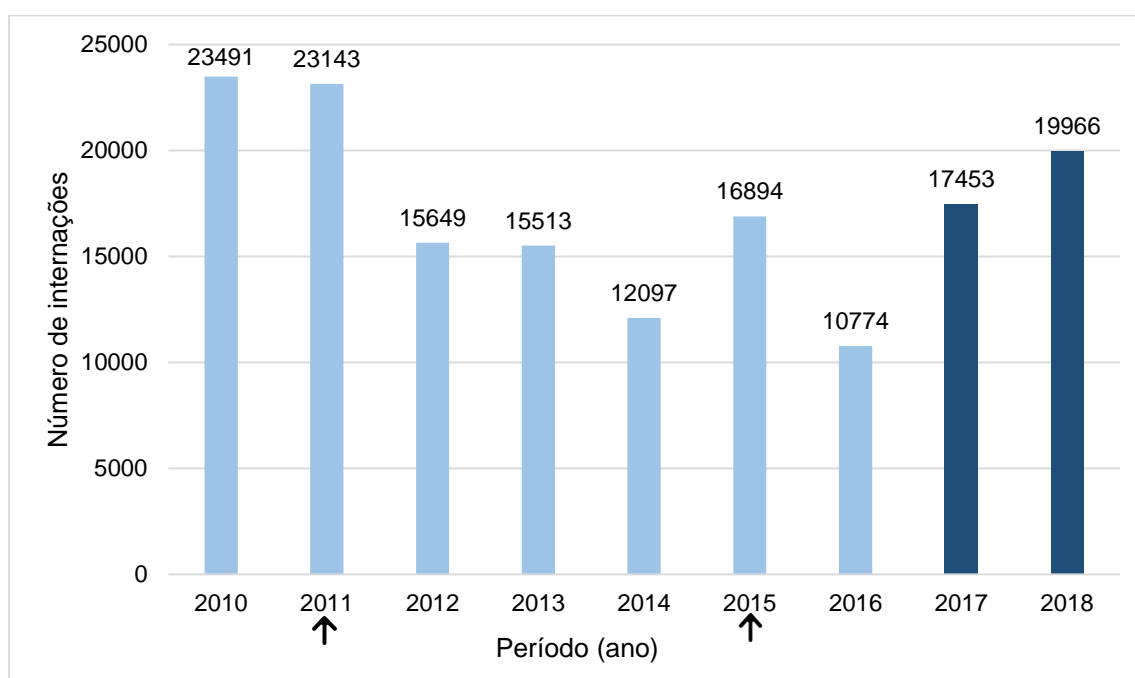
Conclui-se então que o perfil epidemiológico dos atendimentos de internação do IHBDF não sofreu alterações perceptíveis nas variáveis analisadas ao longo do período que abrange as duas modalidades de gestão.

**Frequência:** O número de internações ocorridas no IHBDF dos anos de 2010 a 2018 sofre uma variação em crescimentos e decréscimos no período. Em 2010 o número foi de 23.491 internações, em 2011 de 23.143, em 2012 sofre uma queda para 15.649, em 2013 foi de 15.513, em 2014 de 12.097, em 2015 houve um crescimento para 16.894, em 2016 um decréscimo para 10.774.

Com isso, os anos de administração direta apresentam uma média de 16.794,5 internações ao ano e a gestão por SSA – de cor azul escura no gráfico – são expressas por 17.453 em 2017 e 19.966 no ano de 2018. O total de atendimentos de internações de todos os anos é de 165.808 internações.



Gráfico 1 – Frequência de internações por ano de atendimento, no IHBDF, de 2010 a 2018



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

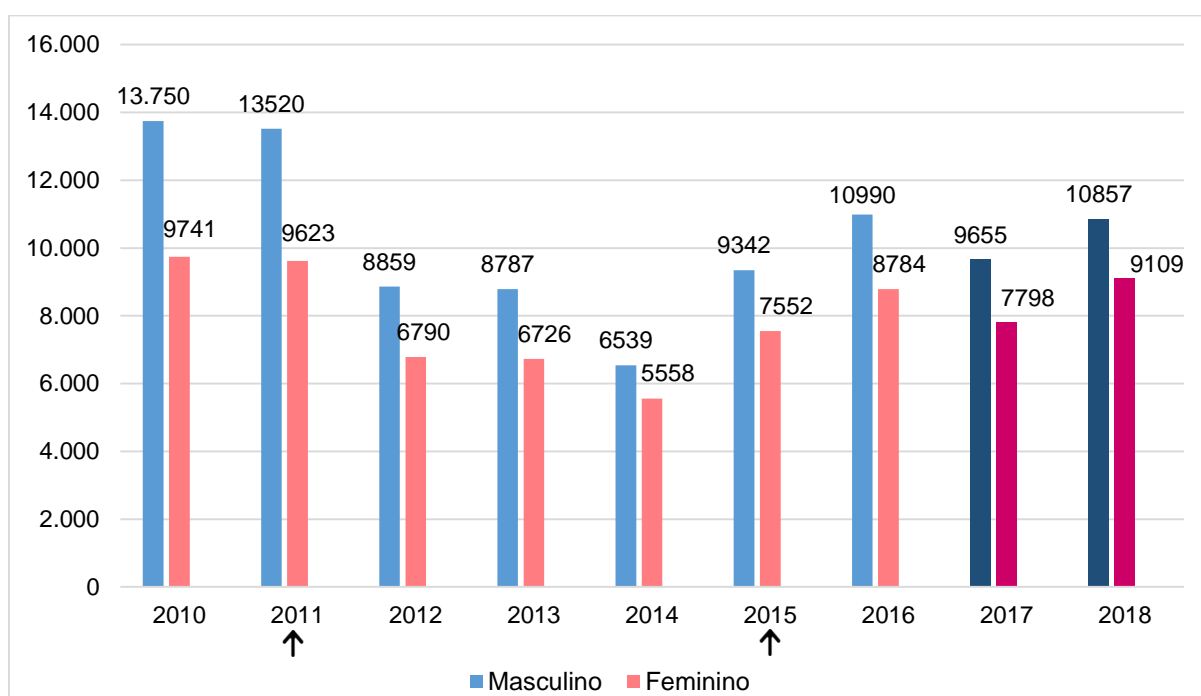
\*As barras de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

**Sexo:** Em todos os anos do período analisado as proporções entre sexos se mantém e o sexo mais frequente nas internações do IHBDF foi o masculino, expresso no gráfico 2. Somando um total de 93.403 (56,34%) homens internados ao longo dos 9 anos e um total de 72.405 (43,66%) de mulheres internadas.

Os dados disponíveis para tabulação não demonstram nenhuma classificação de sexo como ignorado.

Gráfico 2 – Distribuição por sexo de internações ocorridas no IHBDF, de 2010 a 2018.



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As barras de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA

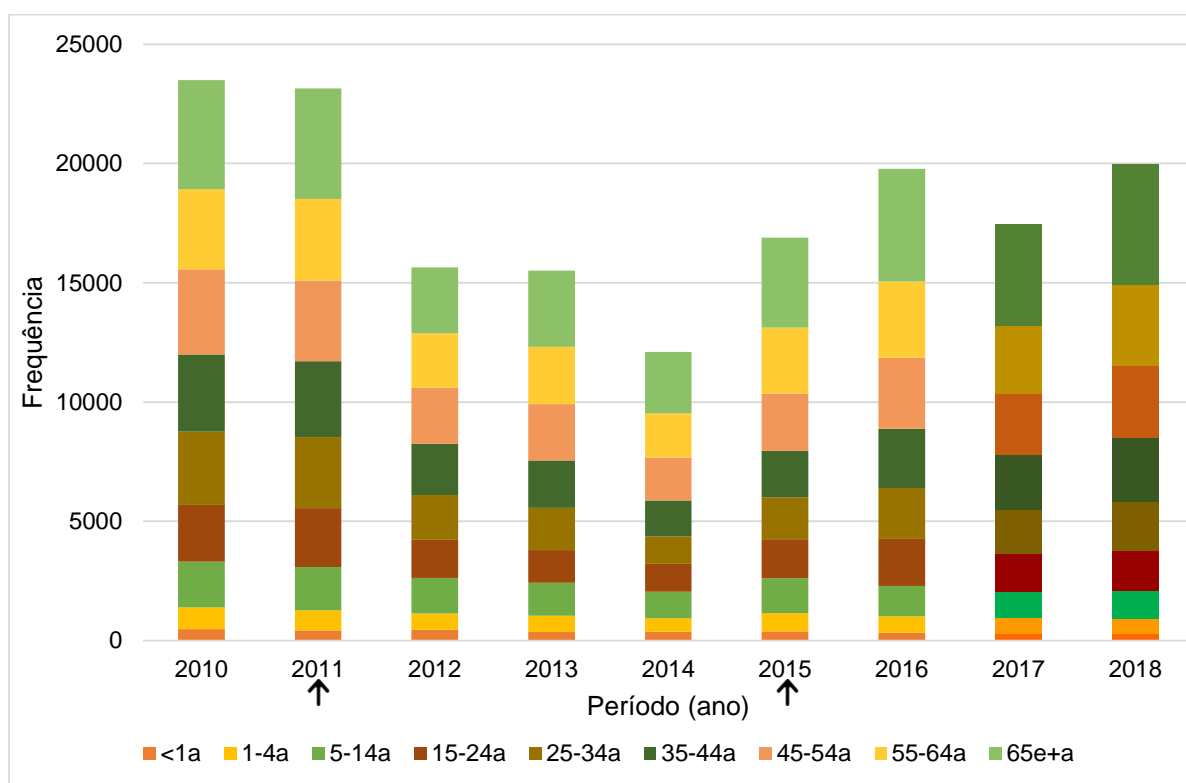
\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

**Faixa etária:** No período estudado, as faixas etárias mais recorrentes são de 45-54 anos, 55-64 anos e de 65+ anos. Interpreta-se que a população atendida e internada é de maior parte formada por adultos e idosos.

A tabulação não demonstrou nenhuma classificação de faixa-etária como ignorada. Pode significar que não houve nenhuma falha de notificação, a menos que tenha sido computada a idade errada, e todos os pacientes tiveram suas idades notificadas.

As faixas etárias dos internados que são expressas no gráfico 3, possuem as seguintes categorias e números absolutos, expressas em números absolutos no anexo A.

Gráfico 3 – Distribuição segundo faixa etária das internações ocorridas no IHBDF, de 2010 a 2018.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As barras de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

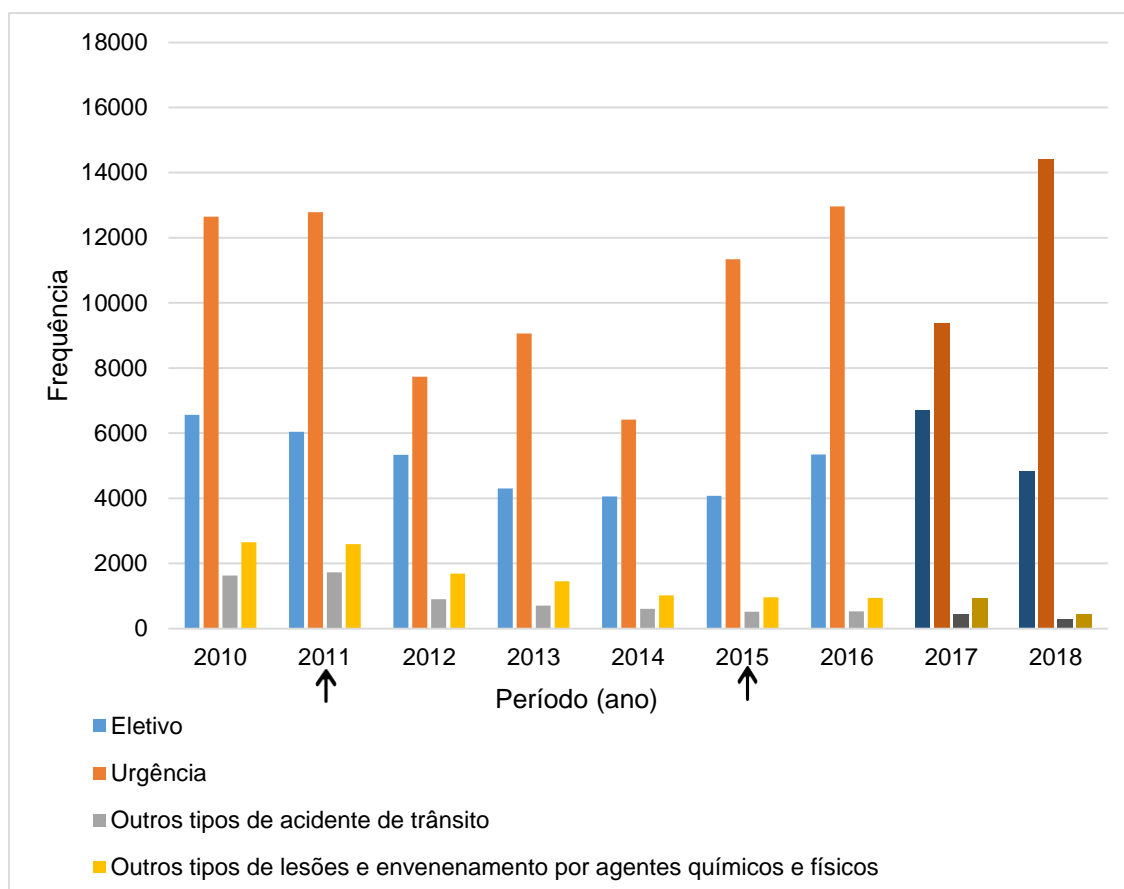
**Caráter de atendimento:** As internações de todos os períodos tiveram como mais recorrente o caráter de urgência, seguido por internações eletivas.

No período de 9 anos foram registrados 97.835 casos de internações de urgência, 47.613 casos de internações eletivas, 12.872 casos de internações por lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos, 7.488 internações decorrentes de acidentes de trânsito.

Nenhum caso de acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa e acidente no trajeto para o trabalho foi notificado. É importante salientar que podem ter ocorrido casos, mas notificados em outra categoria.

Os dados e seus percentuais estão dispostos do Anexo B e gráfico 4.

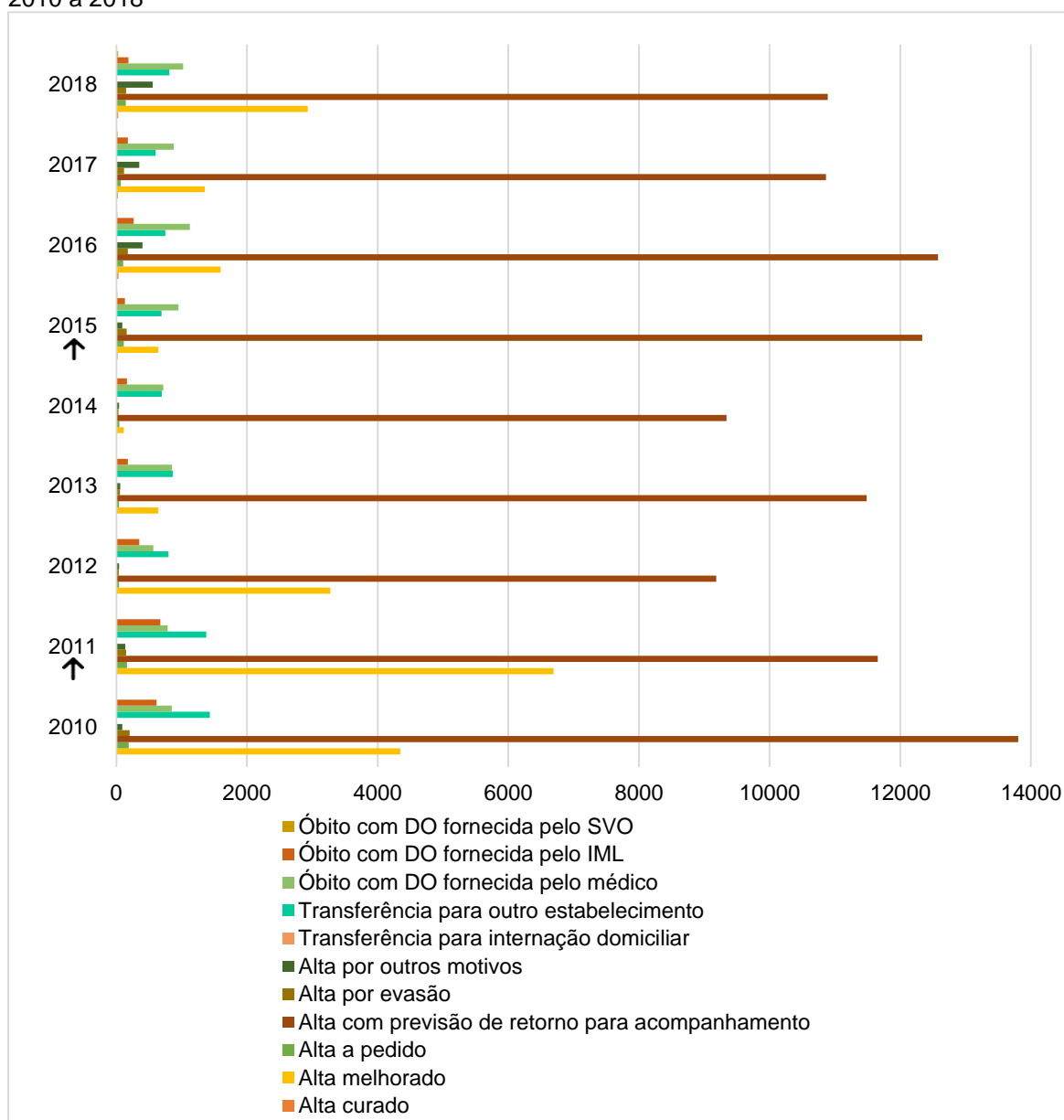
Gráfico 4 – Distribuição dos caracteres de atendimento das internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

**Motivo de saída:** Os motivos de saída são classificados nas categorias demonstradas pelo anexo C, bem como seus números de acontecimentos. O gráfico 5 expressa os motivos de saída. Nele, é possível perceber que a maioria das saídas tem como motivo a alta com previsão de retorno para acompanhamento, seguido de alta melhorado. Quando observamos por categorias agrupadas, o maior motivo de saída é por altas, seguido de óbitos e por último, transferências. E este é um padrão que se repete em todos os anos, levando em consideração a proporcionalidade com o número de internações de cada um dos períodos.

Gráfico 5 – Motivos de saída, por categoria, referentes a internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018



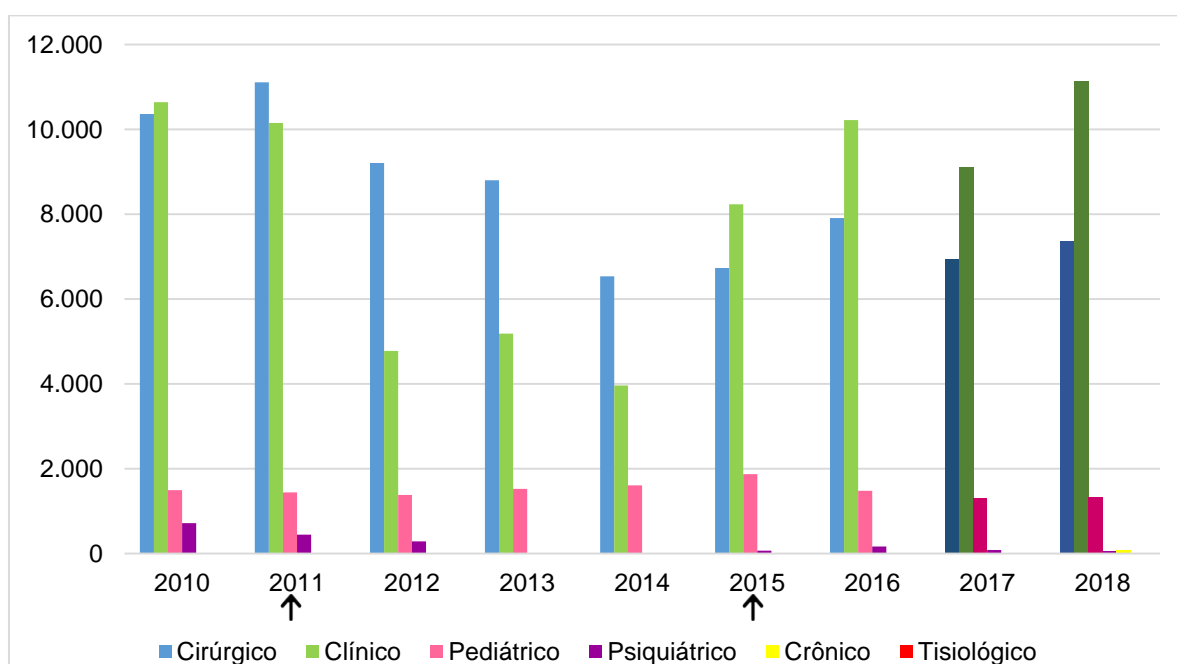
Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As barras de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA.

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

**Especialidade dos leitos:** Os leitos de internação são classificados em 38 diferentes categorias pelo SIH/DATASUS/MS, mas foram notificados nos dados disponíveis no DATASUS, em apenas as 6 expressas pelo Anexo D e gráfico 6, durante os 9 anos estudados. Este fato pode ser devido a notificação de casos de uma categoria em outra, visto que a soma dessas categorias é semelhante ao total observado na frequência de internações, portanto não há casos não notificados.

Gráfico 6 – Distribuição segundo especialidade de leitos no IHBDF, de 2010 a 2018



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As barras de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA.

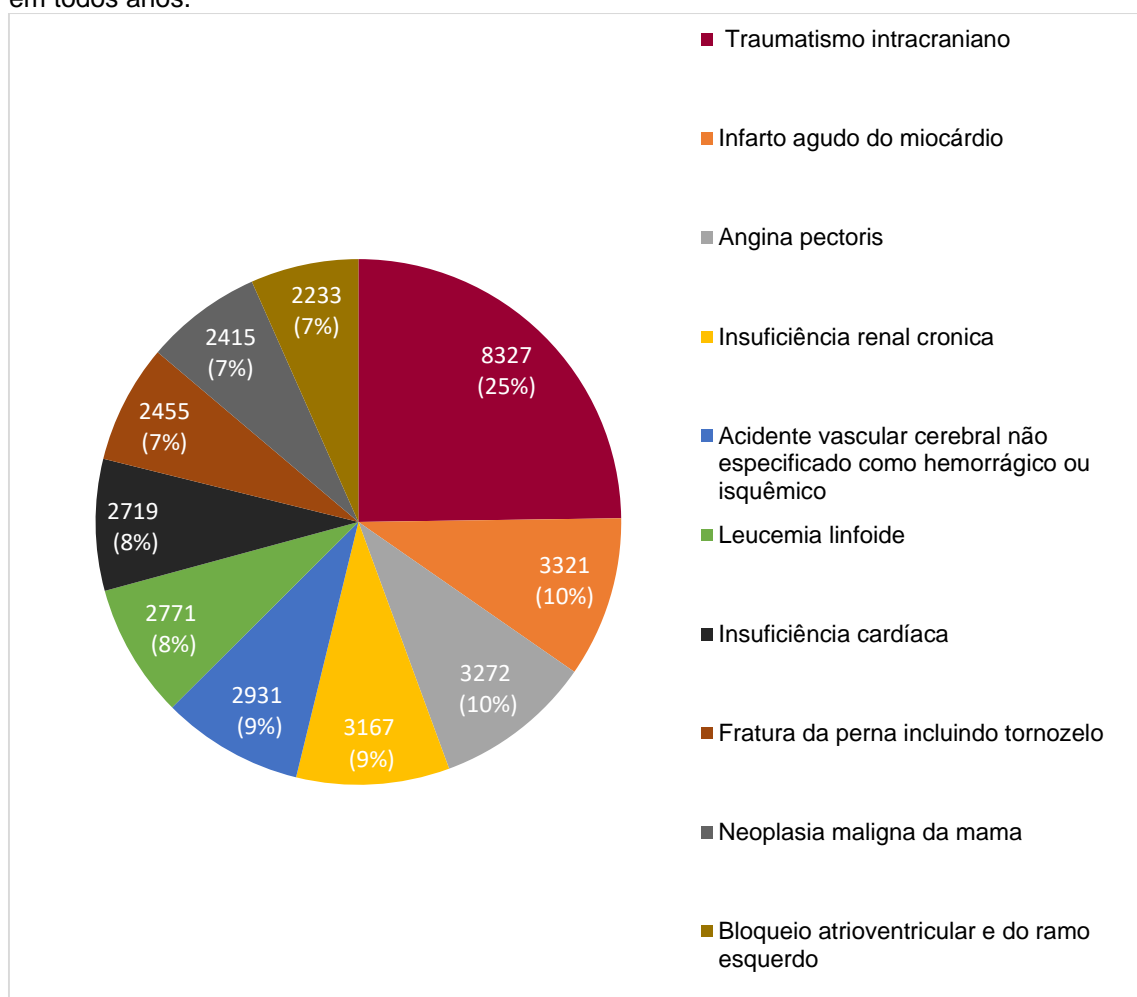
\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

A análise do gráfico permite a percepção de uma inversão do maior número atribuído à categoria de leitos cirúrgicos de 2011 a 2014 para a categoria de leitos clínicos a partir de 2015 a 2018. É perceptível também que o número de leitos crônicos e tisiológicos (Pneumologia sanitária – Tuberculose), representados pela cor amarela e vermelha, são expressos por baixíssimos números e não foram notificados em todos os anos.

**Frequência de internação por categoria do CID-10:** Esta variável classifica as 10 (dez) categorias de doenças, segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), mais frequentes dentre as internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018, que igualmente ao percentual em relação ao total do ano estudado, estão expressos no Anexo E.

O ranking das 10 categorias mais frequentes é obtido através do somatório da ocorrência das doenças ao longo dos anos e expresso pelo gráfico 7.

Gráfico 7 – Demonstrativo do ranking das 10 categorias do CID-10 mais frequentes nas internações do IHBDF, de 2010 a 2018, obtido através do somatório das ocorrências da doença em todos anos.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

## Indicadores de Funcionamento Hospitalar:

### I. Tempo médio de permanência hospitalar

Esta seção é dividida em duas partes: os dados obtidos por meio do DATASUS e os dados obtidos por meio do contrato de gestão e relatório de gestão, do IGESDF.

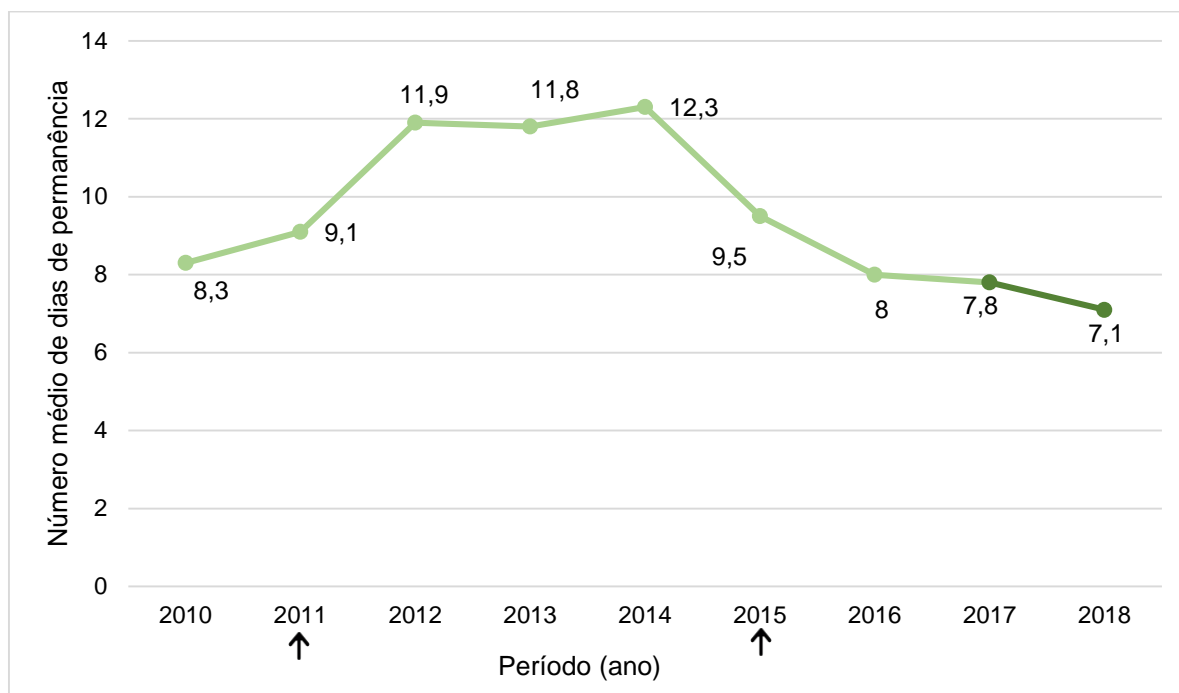
#### Ministério da Saúde - DATASUS:

Segundo dados do DATASUS/MS, que é a fonte de dados oficial para obtenção de dados de tempo médio de permanência hospitalar, a média de dias de internação dos pacientes foi de 8,3 em 2010; 9,1 em 2011; 11,9 em 2012; 11,8 em 2013; 12,3 em 2014 sendo a maior média dos anos estudados; 9,5 em 2015; 8 em 2016; 7,8 em 2017 e 7,1 em 2018.

O gráfico mostra que, depois de um incremento no período de 2012 a 2014, o tempo médio de permanência vem diminuindo desde 2015 e que essa redução se sustenta sem uma variação marcada nos 2 anos da implementação do SSA.

Essa variação é demonstrada pelo gráfico 8 que detalha o histórico deste indicador, sob esta ótica, dos anos de 2010 a 2018, no IHBDF.

Gráfico 8 – Demonstrativo de tempo de permanência hospitalar de 2010 a 2018, no IHBDF, segundo Tabnet.



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*A linha de tonalidade mais escura indica anos de gestão por SSA

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

Ramos MCA, et al (2015) se atentam para os fatores que permeiam este indicador:

O indicador costuma variar de acordo com diagnóstico e perfil do paciente, desenvolvimento tecnológico e mecanismos de remuneração. Em geral, pagamentos por procedimento incentivam a redução dos prazos de permanência, situação oposta à remuneração por diária de internação. Em tese, quanto maior a média de permanência, maior o consumo de recursos e menor a produtividade.

Os mesmos autores interpretam o significado deste indicador, versando sobre o resultado do cálculo do mesmo:

Períodos elevados podem estar associados à infecção hospitalar, assim como fatores sociais e questões administrativas – atrasos na execução de procedimentos e falta de leitos complementares ou de



retaguarda. Por outro lado, menores prazos de internação podem associar-se a altas antecipadas, óbitos precoces, transferências externas e baixa resolubilidade determinando a dispensa precoce dos pacientes (RAMOS, MCA et al, 2014).

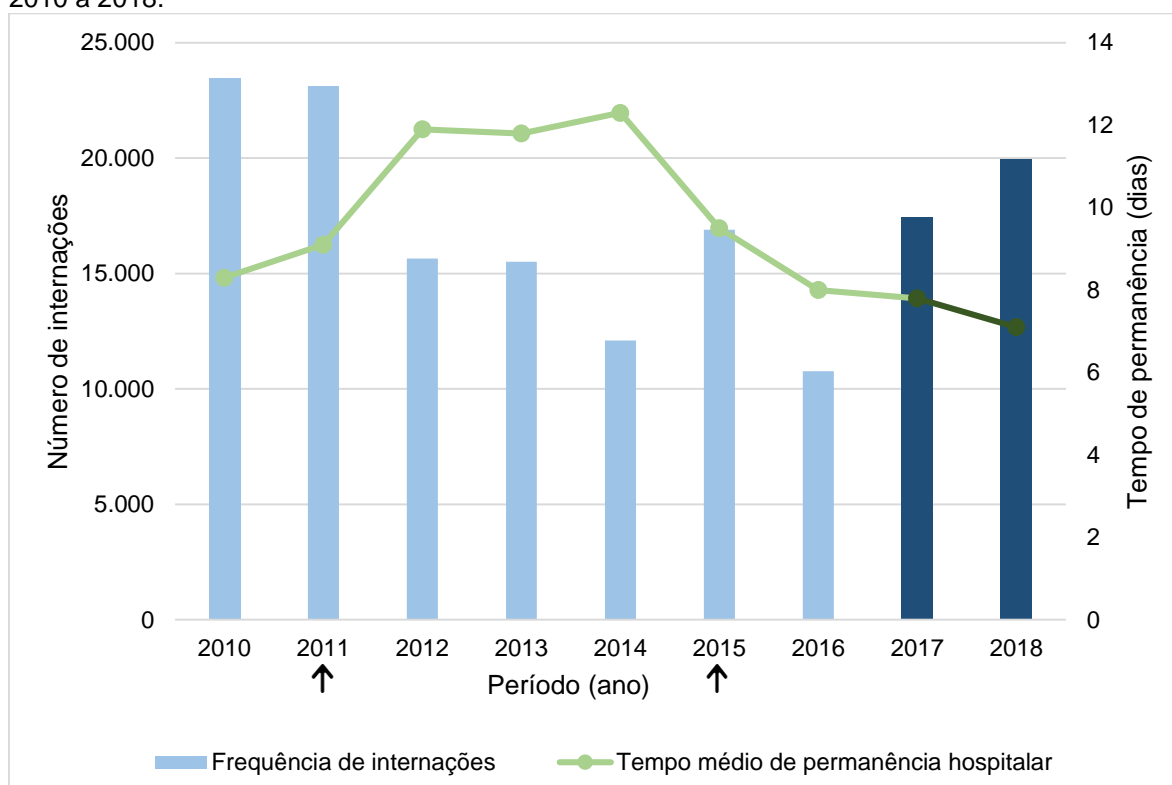
Sobre isso, o contrato de gestão que preconiza o funcionamento do IHBDF (BRASIL, 2018) discorre que o tempo médio de permanência muito alto nos leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Segundo a realidade do IHBDF e a leitura dos dados a partir de AIHs, a tendência de tempo de permanência hospitalar é de decréscimo apesar da elevação do tempo médio de internação nos anos de 2010 e 2011 e há um padrão de decréscimo de 2015 a 2018, que abarcam os dois últimos de administração direta e os dois primeiros de serviço social autônomo.

Segundo os fatores levantados na discussão dos autores, para afirmar uma relação de causalidade entre os fatores envolvidos nestes eventos, é necessário que se identifiquem todos os principais fatores externos que poderiam influenciar este indicador.

O gráfico 9 é a representação simultânea de duas variáveis: o número de internações ocorridas na unidade e o histórico do tempo médio de permanência hospitalar. Nele é possível perceber a variação ocorrida entre os anos de 2012, 2013 e 2014, quando o número de internações estava diminuindo e o tempo médio de permanência estava aumentando e logo após, quando o número de internações diminuiu de 2015 para 2016 e o tempo médio de permanência também.

Gráfico 9 – Histórico de frequência de internação e tempo médio de permanência no IHBDF, de 2010 a 2018.



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As barras e linha de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

Visto isso, é possível que o aumento do número de internações e a diminuição do tempo médio de permanência ocorridos em 2017 e 2018, se expliquem pela retomada dessas variáveis aos seus valores anteriores depois de um período atípico que pode ter ocorrido nos anos anteriores. A informação disponível publicamente não indica necessariamente que esse comportamento se deva à mudança de gestão do hospital.

Conclui-se então, que ainda não existem informações disponíveis publicamente para verificar efeitos da intervenção, mesmo porque ela se encontra numa fase inicial.

A ampliação do escopo da análise, para se obter uma visão mais abrangente dos anos anteriores à intervenção é importante pois do mesmo modo que são necessários anos posteriores a ela para atribuir resultados à sua atuação, também é necessário se observar o histórico destes resultados para compreender o contexto em que a intervenção atua.

### Contrato e relatório de gestão – IGESDF:

No contrato de gestão (BRASIL, 2018), sem a divulgação dos dados primários de origem usados para seu cálculo, são exibidos dados que expressam o histórico dos últimos anos da administração direta. O quadro 7 é uma adaptação do quadro-síntese de metas de desempenho, presente no contrato de gestão.

Quadro 8 – Quadro – síntese de metas de desempenho, do IHBDF, 2018.

<b>Indicador</b>	<b>Meta para 2018</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017 (até AGO)</b>
MPH- Média de permanência hospitalar (dias)	<14	17	15	14

Fonte: Adaptado do contrato de gestão nº 001/18, BRASIL, 2018.

Em 2015 a média de permanência foi de 17 dias, em 2016 de 15 dias e até agosto de 2017 a média era de 14 dias. A meta para o ano de 2018 era de <14 dias e o relatório anual de avaliação do CG (IHB, 2018) expõe que a média do ano de 2018 foi de 13,6. Nota-se que mesmo sob essa forma de cálculo utilizada pelo IGESDF, havia queda dos números desse indicador nos últimos anos de AD.

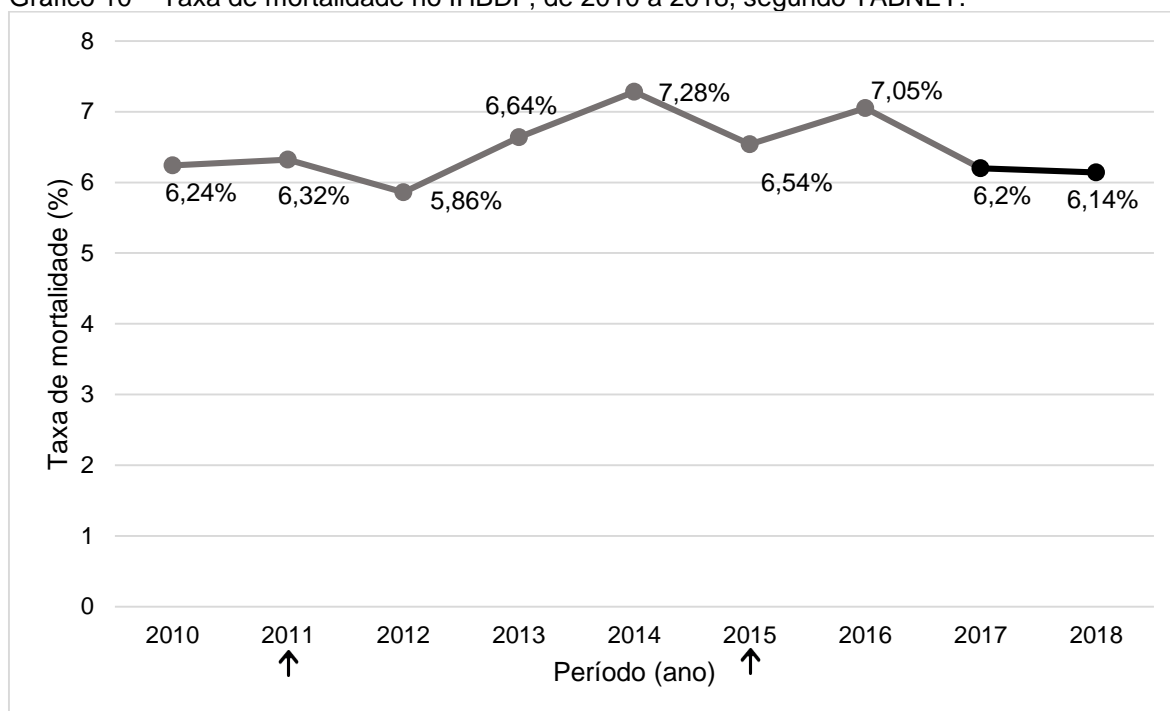
## **II. Taxa de mortalidade hospitalar**

A fonte de dados públicos disponíveis para obtenção de taxa de mortalidade é o DATASUS, que utiliza da vertente de cálculo explicitada na metodologia deste estudo e os resultados desta vertente são expressos no gráfico 10, que demonstra a taxa de mortalidade, segundo o TABNET/DATASUS, de 2010 a 2018, no IHBDF.

É possível perceber uma oscilação menos acentuada, comparada com o indicador anterior, para taxa de mortalidade. Quando nos atentamos para as mudanças do indicador de ano para ano, é possível observar que ano que demonstrou a maior porcentagem de óbitos por internações foi o ano de 2014 e o ano que demonstrou menor porcentagem o ano de 2012, ambos de AD e sob a gestão do mesmo governador.

Também é possível observar que o período de SSA, dos anos de 2017 e 2018 apresenta o menor decréscimo observado entre os decréscimos presentes nos 9 anos estudados.

Gráfico 10 – Taxa de mortalidade no IHBDF, de 2010 a 2018, segundo TABNET.



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As linhas de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

O contrato de gestão (BRASIL, 2018) preconiza que o cálculo desse indicador será feito pelo instituto a partir do segundo semestre de 2018, e que uma redução da taxa de mortalidade hospitalar refletiria um padrão de excelência na assistência à saúde a ser seguido e mantido no hospital, visto que baixas taxas de mortalidade são padrões a serem seguidos. No CG não é apresentado histórico desse indicador na administração direta.

A literatura sugere que a explicação de eventuais modificações da taxa de mortalidade hospitalar pode incluir outras variáveis além do “padrão de excelência na assistência à saúde” no hospital. Ramos MCA, et al (2015) versam que este indicador, que mede a proporção de pacientes que vão a óbito durante a internação, reflete o estado geral dos pacientes, a complexidade dos casos, a resolubilidade e a qualidade da assistência prestada.

Além desses, outros aspectos podem estar associados à variação desse indicador e devem ser levados em conta na sua interpretação:

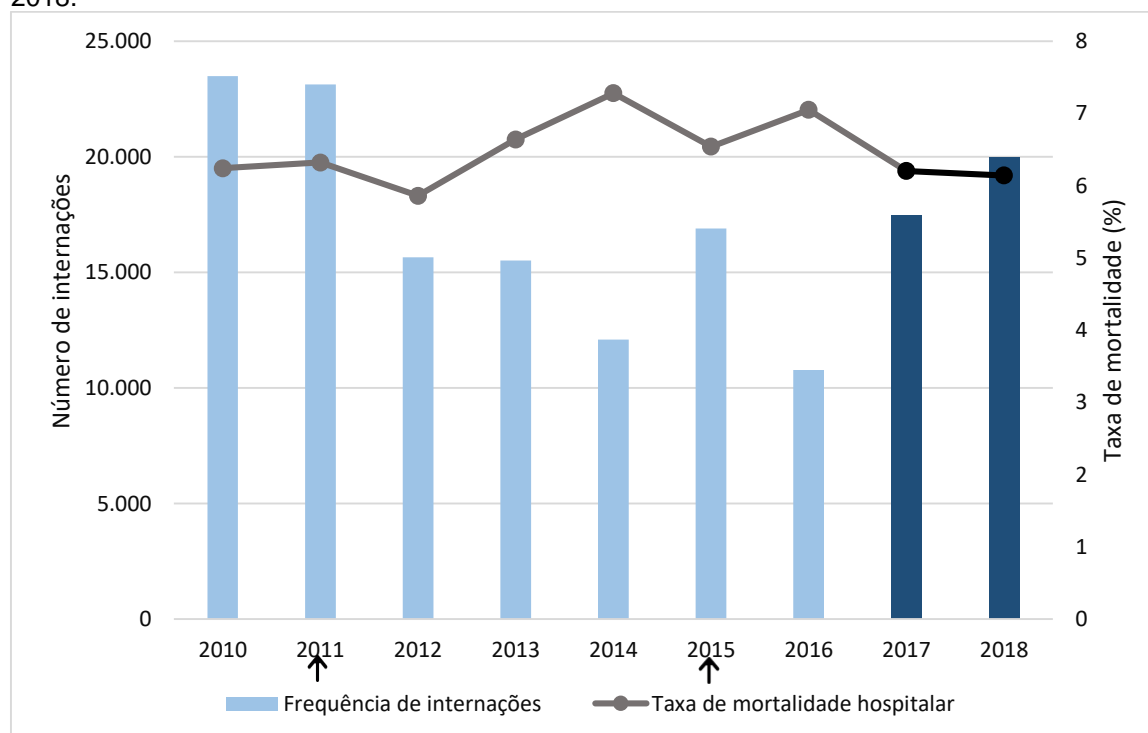
A taxa de mortalidade hospitalar também pode estar associada a possibilidades de acesso e taxas de reserva hospitalar, tipo de admissão (eletivo ou emergencial), altas precoces e transferência de casos graves a outras instituições. E também reconhecida a relação

inversa entre volume de procedimentos e óbitos, o que sugere efeito benéfico da especialização em poucos diagnósticos e o emprego de determinadas tecnologias sobre o desfecho clínico (Ramos MCA, et al. 2015).

Quando o histórico de taxa de mortalidade e número de internações são vistos simultaneamente – expressos no gráfico 11 – é possível perceber um comportamento semelhante ao comentado anteriormente no Gráfico 9 para o tempo médio de permanência. Nos anos de 2013 e 2014 há uma diminuição do número de internações e concomitantemente, uma elevação na taxa de mortalidade e o evento novamente ocorre em 2015.

Assim como para o indicador anterior, ainda não se pode atribuir a explicação pela queda da taxa de mortalidade de 2016 a 2018 e o aumento do número de internações no hospital em 2017 e 2018 à mudança na forma de gestão do hospital, pois além de ser uma intervenção incipiente e necessitarmos de mais dados para responsabilizar a intervenção por resultados, existe a possibilidade desses fatos serem devido ao início da normalização do indicador depois de um período de eventos adversos que o influenciaram.

Gráfico 11 – Histórico de frequência de internações e taxa de mortalidade no IHBDF, de 2010 a 2018.



Fonte dos dados: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*As barras e linhas de tonalidade mais escura indicam anos de gestão por SSA.

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.

### **III. Valor médio de internações por categoria do CID-10**

Este indicador não é preconizado pelo contrato de gestão celebrado entre a SES/DF e o IGESDF, mas neste estudo é entendido como um indicador de eficiência que pode traduzir componentes de desempenho hospitalar e que deve ser estudado.

Os valores médios, em reais (R\$), das 10 (dez) categorias do CID-10 mais frequentes como causa de internação no IHBDF, de 2010 a 2018 estão expostos na tabela 1, organizados em ordem de valores decrescentes entre as categorias.

No gráfico 12 estão dispostas as variações dos valores médios, das dez categorias do CID-10 mais frequentes ao decorrer do período estudado.

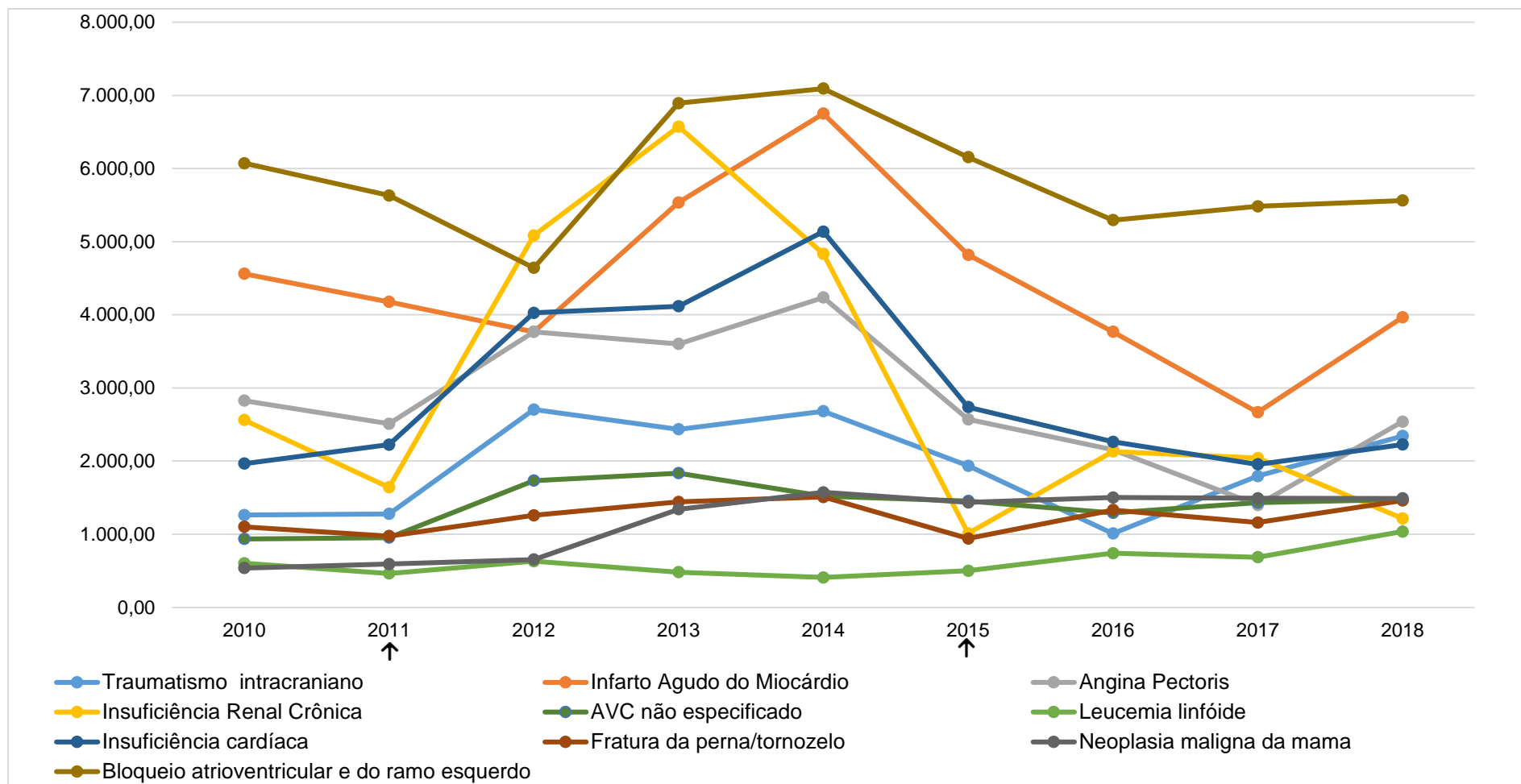
O ranking das 10 categorias mais frequentes é obtido através da soma do número de ocorrência das categorias de doenças ao longo dos 9 anos estudados. Essas categorias tiveram seus valores médios calculados a partir do valor total tabulado disposto na seção de anexos (Anexo F).

Tabela 1 – Valor médio, em reais, de internações das dez categorias do CID-10 mais recorrentes como causa de internação no IHBDF de 2010 a 2018.

Categoria (CID-10)	Valor médio (R\$)/ Período (ano)									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	6.072,29	5.631,57	4.641,87	6.894,65	7.093,93	6.154,34	5.294,78	5.482,52	5.562,87	52.828,82
Infarto Agudo do Miocárdio	4.561,10	4.177,08	5.288,50	5.537,13	6.750,9	4.819,58	3.768,33	2.666,72	3.965,25	41.534,59
Insuficiência Renal Crônica	2.560,80	1.641,05	5.084,78	6.573,32	4.833,77	1.011,72	2.131,86	2.041,65	1.215,47	27.094,42
Insuficiência Cardíaca	1.966,08	2.224,48	4.026,60	4.116,88	5.137,26	2.738,18	2.263,31	1.955,81	2.226,61	26.655,21
Angina Pectoris	2.825,60	2.510,75	3.768,44	3.602,37	4.235,99	2.570,01	2.155,09	1.399,79	2.539,24	25.607,28
Traumatismo Intracraniano	1.262,60	1.278,00	2.703,80	2.434,15	2.680,85	1.936,17	2.010,72	1.793,87	2.343,65	18.443,81
Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	936,28	952,99	1.732,96	1.834,91	1.519,23	1.453,53	1.292,28	1.430,42	1.473,67	12.626,27
Fratura da perna incluindo tornozelo	1.102,10	974,20	1.258,84	1.441,77	1.508,21	941,86	1.331,35	1.159,38	1.462,10	11.179,81
Neoplasia maligna da mama	536,70	591,30	653,27	1.341,95	1.572,28	1.435,46	1.501,13	1.491,87	1.489,63	10.613,59
Leucemia Linfoide	601,67	463,62	630,00	480,03	408,64	499,94	740,31	685,27	1.036,16	5.545,64
TOTAL	22.425,22	20.445,04	29.789,06	34.257,16	35.741,06	23.560,79	22.489,16	20.107,30	23.314,65	

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Gráfico 12 – Histórico dos valores médios, em reais, das dez categorias do CID-10 mais frequentes no IHBDF de 2010 a 2018.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

\*\*As setas pretas abaixo dos anos de 2011 e 2015 indicam o ano de mudança de governador do DF.



A partir da leitura do gráfico 12 e análise da tabela 1, é possível identificar que dentre as 10 mais frequentes, a categoria do CID-10 de valor médio mais alto, na maioria dos anos, foi a de bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo, que ocupa o 10º lugar na lista dos 10 mais frequentes, apresentando valores que variaram de R\$ 4.631,57 a R\$ 7.093,93 durante os anos estudados.

Enquanto os procedimentos menos onerosos, na maioria dos anos foram os relacionados à leucemia linfóide, variando dentre os anos estudados em valores de R\$408,64 a R\$1.036,16.

Para interpretação dos valores médios há de se considerar que cada categoria possui uma especificidade quanto à número de dias de internação, procedimentos, materiais, profissionais envolvidos, e dentre outros fatores e por esse motivo os valores médios não podem ser comparados entre categorias, apenas na mesma categoria durante os anos decorridos.

Sobre este ponto, a OPAS (2008) define que este indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos que determinam o perfil da demanda hospitalar ao SUS, além de políticas públicas de atenção à saúde. Também é importante salientar que para com o decorrer os anos e com o avanço da tecnologia, os procedimentos podem se tornar mais onerosos devido ao uso de novas máquinas, dispositivos e materiais.

Ainda sobre este indicador, Ramos MCA, et al (2015) no estudo sobre desempenho de hospitais, discorrem que embora seja reconhecido como um mecanismo importante de pagamento, o valor da AIH nem sempre representa uma relação direta com os custos incorridos na prestação de serviços e seria imprescindível a existência de um sistema de informações no país para adequada determinação de custos.

É possível perceber, verificando o gráfico 12 e nos gráficos específicos por categoria a seguir (figura 1), que no período entre 2011 e 2015 houveram crescimentos nos valores médios de 8 das 10 categorias estudadas e após 2015 há um decréscimo nos valores médios de 6 das 10 categorias, seguido das menores variações observadas em todo o período – na maioria das categorias – no período de 2017 a 2018, com o crescimento dos valores médios de 7 categorias nos anos de SSA.

Como não analisamos fatores causais envolvidos na variação dos valores médios observados e, no momento da pesquisa, não existem dados que afirmem

a eficiência do SSA quanto ao valor médio de internações, os resultados observados não podem ser atribuídos à mudança de gestão do IHBDF.

Figura 1 – Tendências lineares de frequência e valor médio das 10 mais frequentes categorias do CID-10 no IHBDF

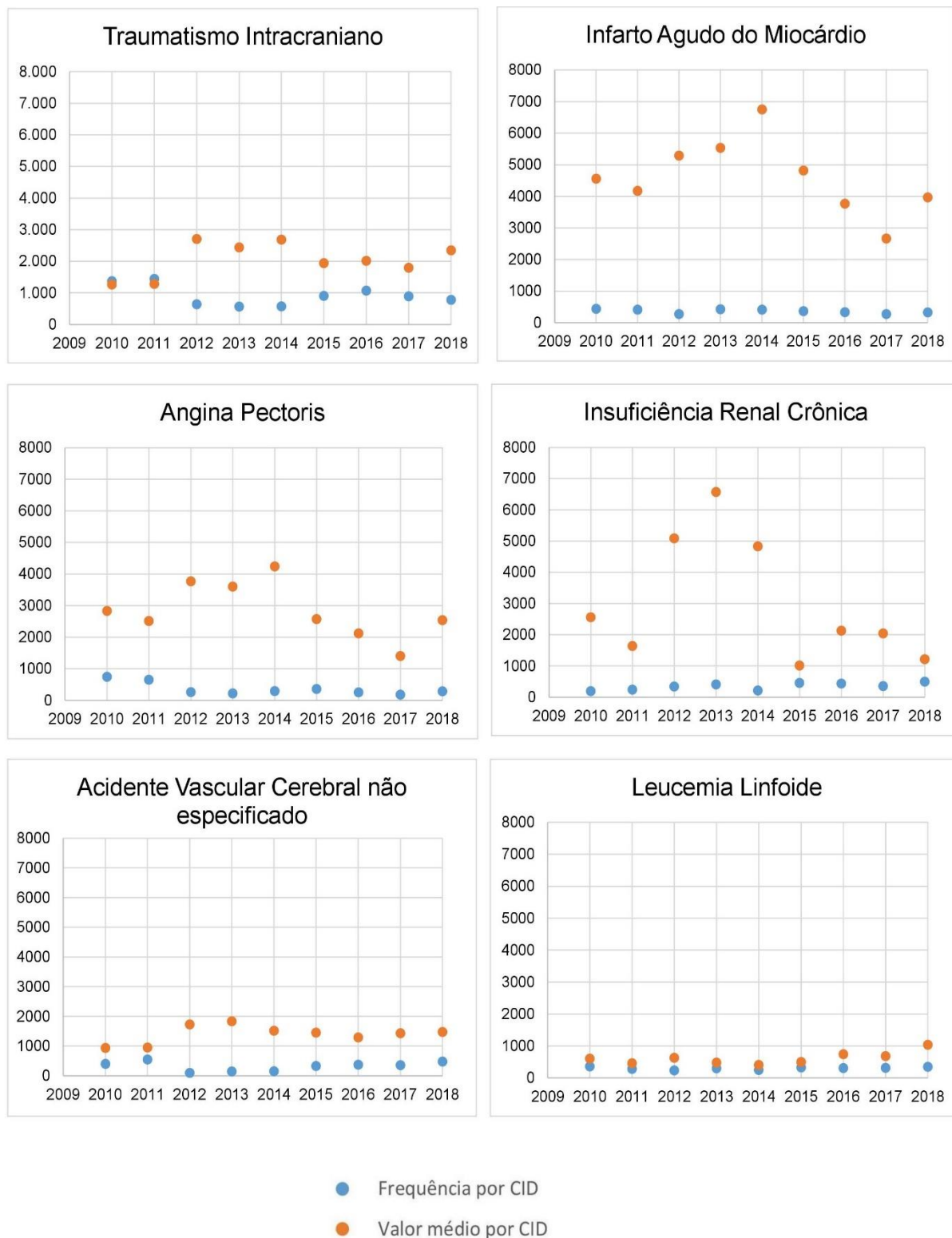
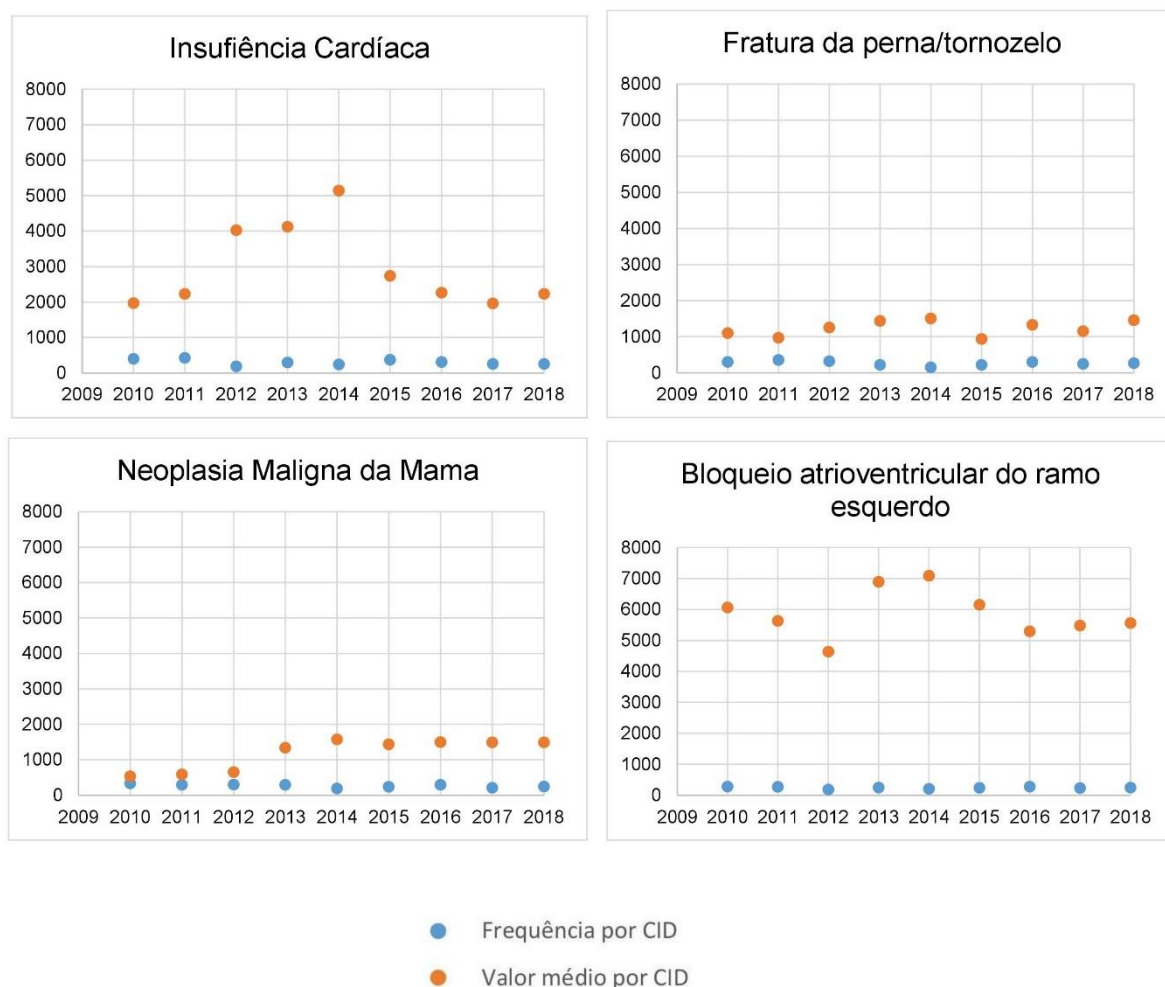


Figura 2 – Continuação. Tendências lineares das 10 mais frequentes categorias do CID-10 no IHBDF



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Ao analisar os gráficos é possível perceber que existem comportamentos distintos para cada uma das categorias estudadas. No caso do traumatismo intracraniano a frequência e o valor têm históricos inversamente proporcionais. Enquanto as frequências diminuem, os valores médios crescem.

Observando o caso de infarto agudo do miocárdio, a frequência não tem grande variação e o valor médio se comporta com um grande crescimento e um grande decréscimo, portanto o número de casos não teve grandes alterações e o valor despendido variou.

Para Angina Pectoris, a frequência teve uma pequena variação em decréscimo e o valor médio aumenta e decresce ao longo dos anos. Para Insuficiência Renal Crônica, a frequência não se altera significativamente e há um grande aumento e um grande decréscimo do valor médio durante o período.

Ao analisar Acidente Vascular Cerebral não especificado percebe-se que existe um comportamento estável da frequência e um crescimento do valor ao longo do período. No caso de Leucemia Linfóide, não há grandes alterações no número de casos e no valor médio dos procedimentos.

Observando o caso de insuficiência cardíaca não há grandes alterações no número de casos ao longo do tempo e um histórico de aumento e decréscimo do valor médio durante os anos. Para fratura da perna e tornozelo, há pouca variação da frequência e o valor médio tem um comportamento de crescimento.

Para neoplasia maligna da mama há um pequeno decréscimo no número de casos e um crescimento no valor médio das AIHs ao longo dos anos. Para bloqueio atrioventricular do ramo esquerdo, que é a doença mais onerosa dentre as 10 mais frequentes, não há uma grande alteração no número de casos e uma oscilação do valor médio ao longo do período.

Estes eventos, vistos por estes dados, sob esta ótica, como todos os outros desta pesquisa, não podem ser atribuídos à mudança na forma de gestão, visto que a intervenção é incipiente e não há dados suficiente para afirmar isto. Além disso, o histórico de uma série de eventos ocorridos no contexto pode ter influenciado os resultados.

Analisando os gráficos do perfil epidemiológico e dos indicadores, é possível perceber que no mesmo período, de 2011 a 2016, coincidem três fenômenos: a diminuição do número de internações, o aumento do tempo médio de permanência hospitalar e o aumento dos valores médios das internações.

Estes dados quantitativos exibem um cenário de um conjunto de eventos que, considerando os princípios intrínsecos de formas alternativas de gestão em saúde, podem ter sido elementos que influenciaram o contexto que favoreceu a decisão por mudar a forma de gestão do IHBDF.

## Comparabilidade, Avaliabilidade e Transparência

A tabela 2 demonstra a disponibilidade pública de dados primários a respeito de informações sobre atendimentos hospitalares no IHBDF e a comparabilidade dos indicadores de acordo com a forma de gestão indicada.

São considerados publicamente disponíveis os dados que constam nas bases oficiais do MS e que foram veiculados pelo IGESDF, pelo contrato de gestão ou pelo relatório anual de avaliação do contrato de gestão.

Tabela 2 – Disponibilidade pública de informações e comparabilidade das formas de gestão, por indicador estudado, no IHBDF, 2019.

INDICADOR	FONTE	AD	SSA	COMPARÁVEIS
<b>Tempo médio de permanência hospitalar</b>	DATASUS/MS (AIH)	✓	✓	SIM
	CG – IGESDF (Pacientes-dia)	N.A.*	✗	NÃO
<b>Taxa de Mortalidade</b>	DATASUS/MS (AIH)	✓	✓	SIM
	CG – IGESDF (Σ altas e óbitos)	N.A.**	✗	NÃO
<b>Valor médio de internações</b>	DATASUS/MS (AIH)	✓	✓	SIM
	CG – IGESDF	N.A.***	N.A.***	NÃO

AD: Administração Direta

CG – IGESDF: Contrato de gestão

SSA: Serviço Social Autônomo

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

\*Não há dados primários públicos disponíveis para essa forma de cálculo, utilizando “pacientes-dia”, mas o contrato de gestão fornece, sem fonte, um histórico de dois anos de AD.

\*\*Não há dados primários públicos disponíveis para essa forma de cálculo, utilizando o total de internações da unidade.

\*\*\*O Contrato de gestão não preconiza o cálculo deste indicador.

Fonte: Elaboração própria

A tabela expressa que para o indicador de tempo médio de permanência hospitalar, sob a fórmula utilizada pelo Ministério da Saúde, que utiliza de informações de AIHs, existem dados suficientes para obter-se indicadores sob as duas formas de gestão e, por isso, sob essa forma de cálculo, são comparáveis.

Para o mesmo indicador, sob a fórmula que o Contrato de Gestão (CG – IGESDF) preconiza, utilizando “pacientes-dia”, existem dados do indicador no período de SSA e AD pois o contrato de gestão fornece um histórico parcial deste indicador e ele está contido no relatório de avaliação do CG, mas pela falta de fonte e a incompletude das informações, para este estudo, são considerados incomparáveis.

Para o indicador de taxa de mortalidade existem dados disponíveis suficientes para o cálculo segundo o MS e por isso, sob essa forma de cálculo são comparáveis. Para o cálculo segundo o CG, que utiliza do total de altas e óbitos ocorridos na unidade, a comparabilidade não se aplica pois não existe um histórico do indicador no período de AD e também não estão disponíveis os dados do período de SSA pois o CG preconiza o seu cálculo a partir de Jun/2018.

O indicador de valor médio das internações é possível de ser calculado utilizando dados do MS pois existem informações disponíveis a respeito dos dois períodos e sob esta vertente, utilizando AIHs, são comparáveis. Enquanto sob a vertente do CG não é comparável em nenhum período, pois este indicador não é preconizado por ele.

Analisando a tabela, observa-se que a comparação entre as formas de gestão só é possível nos casos em que os indicadores são calculados pelos dados do DATASUS/MS, que em sua fórmula utiliza de AIHs para compor o seu sistema. As AIHs são informações consideradas neste estudo como inconfiáveis para os fins da pesquisa pois não traduzem a realidade de todas as internações ocorridas na unidade, apenas as que tiveram suas AIHs computadas como internações.

As AIH são usadas atualmente como mecanismo para o faturamento hospitalar e tem sido reportado que estão sujeitas a um risco de manipulações por parte da gestão das unidades que as utilizam (NOGUEIRA, 2011).

Como é expresso por NOGUEIRA (2011), existem instituições que possuem núcleos específicos de faturamento que centralizam as AIHs dos pacientes e juntamente com um profissional médico fazem análises dos prontuários, realizando se necessário o chamado desdobramento, onde os procedimentos do paciente são verificados e se necessário são emitidas outras AIHs, do mesmo paciente, no mesmo episódio de internação.

Contudo, o IGESDF não preconiza o uso de AIHs para o cálculo dos indicadores estudados e dessa forma, como expressa a tabela acima, não podem ser comparados os dados disponíveis publicamente para cada forma de gestão.

A comparação feita sob a forma prevista pelo contrato de gestão do IGESDF (CG- IGESDF) é comprometida pela falta de informações primárias publicamente disponíveis, que permitam um recálculo independente, a respeito do total de internações ocorridas no IHBDF durante o período estudado.

Esta questão diz respeito a transparência dos dados e publicização das informações, que segundo a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011), em seu capítulo 2 versa sobre a responsabilidade dos órgãos e entidades do poder público, dentro da ética e da legalidade, assegurar a gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação; a proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade.

Santos e Rocha (2019), como já citado anteriormente no referencial teórico deste estudo, versam que a transparência não deve se atribuir exclusivamente a fatos exercidos pela administração pública, da mesma forma responsabilizar-se pelas as informações de períodos anteriores, o que proporciona estudos de personalidade evolutiva e comparativa acerca da operação dos gestores.

Dessa forma, entende-se que é dever do SSA – e de qualquer outra forma de gestão – manter essas informações disponíveis publicamente para a população, não somente do período de gestão que lhe compete, mas também de AD, para que haja transparência, controle social e para que estudos comparativos e de evolução possam ser executados.

Sobre este ponto, no artigo 3º da Lei de Acesso a Informação (BRASIL, 2011) é explícito que a lei deve funcionar em conformidade com a diretriz de divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações. Além disso, na mesma lei, no artigo 6º, é velado aos entes garantir uma gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação, sob a proteção das informações sigilosas.

A falta de transparência e publicização das informações pode comprometer estudos por não traduzirem a realidade nas unidades de saúde e por esses motivos a avaliabilidade por meio da comparação é comprometida neste estudo, mas um estudo de pré-avaliação do contrato de gestão é importante para que seja mais viável o alcance dos objetivos de desempenho e eficiência da intervenção.



## CONCLUSÃO

São conclusões relativas ao escopo dos resultados deste estudo:

(1) Deve-se ter acesso aos dados primários para o cálculo de todos os indicadores e observar dados em anos adiante, após a mudança da forma de gestão do IHBDF, para atribuir a responsabilidade de melhorias ou pioras à intervenção, pois a mesma se encontra numa fase incipiente, com poucos anos de implantação.

(2) É importante observar o histórico das variáveis e indicadores, em condições de comparabilidade, para se afirmar que houveram melhorias ou pioras nos indicadores após a implantação intervenção e não apenas dados isolados – ou uma série de anos curta – pois olhando os resultados de forma restrita, pode-se observar eventos isolados que não traduzem a realidade por inteiro, visto que para cada indicador, existem antecedentes de resultados diversos, de crescimentos e decréscimos ao longo dos anos.

(3) O histórico do perfil epidemiológico e dos indicadores exhibe um cenário de deterioro dos dados no período anterior à mudança na forma de gestão do IHBDF que podem ter sido pontos cruciais para a decisão de mudança na forma de gestão do hospital para SSA.

(4) A avaliabilidade feita pela ótica da comparação é comprometida no estudo porque (a) a intervenção é incipiente e, portanto, não atribuímos os resultados como feitos dela e; (b) pela falta de dados primários publicamente disponíveis sob as 2 formas de cálculo utilizadas pelas duas instituições envolvidas; (c) por outras variáveis que influenciam os indicadores como o desemprego, o empobrecimento da população e o surgimento de novas categorias de profissões.

(5) Deve-se observar cada caso isoladamente e se valer de estudos mais complexos e mais completos para atribuir relações de causalidade, tanto em relação aos indicadores quanto aos resultados relativos às variáveis do perfil epidemiológico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O escopo deste estudo salienta de várias formas a importância do profissional sanitário em todos os processos que nele estão envolvidos. Na temática atual e emergente das novas formas de gestão em saúde; na composição das equipes multidisciplinares de gestão; no domínio de banco de dados, softwares e ferramentas de estudo e evidências em saúde; na avaliação e monitoramento de intervenções e em outras áreas que as permeiam uma vez que o olhar amplo que a Saúde Coletiva proporciona ao profissional desde a sua formação pode ser o diferencial requerido no planejamento, na gestão e na avaliação.

Esta pesquisa, que tem a metodologia inédita aplicada ao objeto, pode ser considerada um passo inicial para o desdobramento de outros estudos a respeito do tema, pois apesar de levantar discussões importantes, existem tópicos que devem ser melhor estudados em contato com o instituto para que haja melhor compreensão e análise dos mesmos.

A aproximação da comunidade acadêmica da Universidade de Brasília e o IGESDF tem potencial de render bons frutos às duas unidades a partir da execução de outras etapas de avaliação; da criação de projetos de extensão; da criação de grupos de trabalho em parceria; do vasto campo de pesquisa que existe em meio ao cenário; da possível abertura de campo de estágio; e outras vivências que o SUS e o SSA, numa mesma unidade, podem proporcionar aos profissionais em formação.

Para estudos posteriores que podem repercutir a partir deste e do campo que se abre, sugere-se que se dê continuidade aos processos de avaliação e monitoramento como por exemplo a construção de elementos que enriquecem e facilitam a avaliação de intervenções como modelos lógicos, matrizes de julgamento, montagem e análise de novos indicadores de desempenho e qualidade, apontamentos de possíveis fragilidades dos processos de trabalho e gestão, bem como sua resolubilidade.

## REFERÊNCIAS

ALCONFORADO, Flávio Carneiro Guedes. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. **X Congresso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la administración pública**. Chile, 2005.

BRASIL, Contrato de Gestão n. 001/2018 – SES/DF. Contrato de Gestão entre a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal. **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**, 2018.

BRASIL, Decreto n. 39.674, de 19 de fevereiro de 2019. Regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, e dá outras providências. **SISTEMA INTEGRADO DE NORMAS JURÍDICAS DO DF**. Brasília, 20 fev. 2019.

BRASIL, Lei n. 5.899, de 03 de julho de 2017. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF e dá outras providências. **SISTEMA INTEGRADO DE NORMAS JURÍDICAS DO DF**. Brasília, 03 de julho de 2017.

BRASIL. Art. 5º. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

BRASIL. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **SIHSUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS**, 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>>.

BRASIL. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos**. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei Complementar n. 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos**. Brasília, 2009.

BRASIL. Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos**. Brasília, 18 nov. 2011

BRASIL. Lei n. 6.270, de 30 de janeiro de 2019. Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito

Federal - IGESDF e dá outras providências. **SISTEMA INTEGRADO DE NORMAS JURÍDICAS DO DF**. Brasília, 30 jan. 2019a.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [homepage na Internet]. Brasília. [Acesso em 2019 out 09]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/5300100010456>>

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema**, 2017.

BRASIL. Sistema de Informações Hospitalares. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – a partir de 2008 Nota Técnica**, SD. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> Acesso em: setembro de 2019.

Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, 2003.

Castro, R. B. de. **Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública**. XXX Encontro anual da ANPAD, Salvador, 2006.

Cunha Júnior LAP. Taxonomia dos Órgãos e Entidades da Administração Pública Federal e de outras Entidades e Instrumentos de Implementação de Políticas Públicas. In: Castro ATB, Antero SA. **Propostas de taxonomias para órgãos e entidades da Administração Pública Federal e outros entes de cooperação e colaboração**. 2ª ed. Brasília: IABS; 2013.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da. A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2053-2064, June 2019

FUKUNAGA, Erika Tiemi; GUIBU, Ione Aquemi; MORAES, José Cássio de; RUJULA, Maria Josefa Penon; CASTRO, Paulo Carrara de; CHING, Ting Hui. **Bases de Estatística para Profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Ed. Memnon, 2018.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, nov. 2007.

IGESDF - **INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**. [2019]. Disponível em: < [http://igesdf.org.br/?page\\_id=365](http://igesdf.org.br/?page_id=365) >. Acesso em: junho de 2019.

IHB – Instituto HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL. **Relatório Anual de Avaliação do Contrato de Gestão** – Brasília, 2018.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2018.

NOGUEIRA, Cleber Suckow. **Gestão de um hospital público em parceria com uma organização social de saúde**: um estudo de caso. 2011. 73 f. Dissertação (Mestrado em Organização e gestão) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**– 2. ed. – Brasília, 2008.

RAMOS, Marcelo Cristiano de Azevedo et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 43, 2015.

RAVIOLI, Antonio Franco; SOAREZ, Patrícia Coelho De; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2018.

SAMICO, I., FELISBERTO E., FIGUEIRÓ A.C., FRIAS P.G. (orgs.) 2010. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro. IMIP – MedBook

SANTOS, Livia Nunes dos; ROCHA, Julimar Santiago. A Importância da Transparência para o Fortalecimento da Gestão Pública Democrática. **Id on Line Rev.Mult. Psic.** vol.13, n.44, p. 892-904., 2019.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, Apr. 2012.

Anexo A - Distribuição segundo faixa etária das internações ocorridas no IHBDF, de 2010 a 2018.

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<b>&lt;1 ano</b>	486 (1,06%)	433 (1,87%)	452 (2,88%)	358 (2,30%)	378 (3,12%)	395 (2,33%)	329 (1,66%)	313 (1,79%)	292 (1,46%)	3483
<b>1-4 anos</b>	914 (3,89%)	837 (3,61%)	686 (4,38%)	683 (4,40%)	567 (4,68%)	755 (4,46%)	686 (3,46%)	620 (3,55%)	622 (3,11%)	6431 (3,87%)
<b>5-14 anos</b>	1917 (8,16%)	1812 (7,82%)	1485 (9,48%)	1384 (8,92%)	1105 (9,13%)	1468 (8,68%)	1274 (6,44%)	1115 (6,38%)	1146 (5,73%)	12859 (7,75%)
<b>15-24 anos</b>	2371 (10,09%)	2468 (10,66%)	1599 (10,21%)	1372 (8,84%)	1164 (9,62%)	1635 (9,67%)	1974 (9,98%)	1603 (9,18%)	1729 (8,65%)	16080 (9,69%)
<b>25-34 anos</b>	3075 (13,09%)	2986 (12,90%)	1884 (12,03%)	1766 (11,38%)	1163 (9,61%)	1752 (10,30%)	2136 (10,80%)	1869 (10,70%)	2033 (10,18%)	18910 (11,40%)
<b>35-44 anos</b>	3226 (13,73%)	3173 (13,71%)	2141 (13,68%)	1984 (12,78%)	1504 (12,43%)	1947 (11,52%)	2478 (12,53%)	2263 (12,96%)	2704 (13,54%)	21664 (13,06%)
<b>45-54 anos</b>	3571 (15,20%)	3389 (14,64%)	2354 (15,04%)	2368 (15,26%)	1788 (14,78%)	2412 (14,27%)	2984 (15,09%)	2577 (14,76%)	3004 (15,04%)	24725 (14,91%)
<b>55-64 anos</b>	3365 (14,32%)	3417 (14,76%)	2280 (14,56%)	2401 (15,47%)	1858 (15,35%)	2759 (16,33%)	3187 (16,11%)	2842 (16,28%)	3382 (16,93%)	25794 (15,55%)
<b>65+ anos</b>	4566 (19,43%)	4628 (19,99%)	2768 (17,68%)	3197 (20,60%)	2570 (21,24%)	3771 (22,32%)	4726 (23,90%)	4251 (24,35%)	5054 (25,31%)	35862 (21,62%)
<b>Ignorada</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	23491 (100%)	23143 (100%)	15649 (100%)	15513 (100%)	12097 (100%)	16894 (100%)	19774 (100%)	17453 (100%)	19966 (100%)	165808 (100%)

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

ANEXO B – Frequência e percentuais de caracteres de atendimento das internações ocorridas no IHBDF, de 2010 a 2018

<b>Caráter de atendimento</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
<b>Eletivo</b>	6564 (27,94%)	6039 (26,09%)	5333 (34,07%)	43009 (27,71%)	4055 (33,52%)	4077 (24,13%)	5340 (27,00%)	6713 (38,46%)	4826 (24,17%)	47613 (28,71%)
<b>Urgência</b>	12646 (53,83%)	12787 (55,25%)	7730 (49,39%)	9059 (58,39%)	6419 (53,02%)	11342 (67,13%)	12967 (65,57%)	9383 (53,76%)	14429 (72,26%)	97835 (59,00%)
<b>Outros tipos de acidente de trânsito</b>	1631 (6,94%)	1722 (7,44%)	897 (5,73%)	708 (4,56%)	607 (5,01%)	515 (3,04%)	528 (2,67%)	429 (2,45%)	285 (1,42%)	7488 (4,551%)
<b>Outros tipos de lesões por envenenamento por agentes químicos e físicos</b>	2650 (11,28%)	2595 (11,21%)	1689 (10,79%)	1446 (9,32%)	1016 (8,39%)	960 (5,68%)	939 (4,74%)	928 (5,31%)	426 (2,13%)	12872 (7,76%)
<b>Acidente no local trabalho ou a serviço da empresa</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Acidente no trajeto para o trabalho</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	23491 (100%)	23143 (100%)	15649 (100%)	15513 (100%)	12097 (100%)	16894 (100%)	19774 (100%)	17453 (100%)	19966 (100%)	165808 (100%)

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

ANEXO C – Motivos de saída referentes a internações ocorridas no IHBDF de 2010 a 2018

Motivo de saída	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<b>Alta curado</b>	6 (0,02%)	2 (0,009%)	1 (0,006%)	1 (0,007%)	4 (0,03%)	20 (0,13%)	35 (0,20%)	26 (0,17%)	27 (0,16%)	122 (0,08%)
<b>Alta melhorado</b>	4344 (20,17%)	6695 (30,93%)	3277 (22,92%)	642 (4,52%)	114 (1,02%)	644 (4,24%)	1597 (9,37%)	1355 (9,37%)	2931 (17,50%)	21807 (14,65%)
<b>Alta a pedido</b>	189 (0,87%)	165 (0,76%)	44 (0,30%)	43 (0,30%)	45 (0,40%)	114 (0,94%)	105 (0,61%)	68 (0,47%)	146 (0,87%)	932 (0,62%)
<b>Alta com previsão de retorno para acompanhamento</b>	13804 (64,10%)	11657 (53,86%)	9183 (64,23%)	11486 (80,98%)	9342 (83,75%)	12337 (81,38%)	12577 (73,79%)	10864 (75,14%)	10889 (65,03%)	104224 (70,04%)
<b>Alta por evasão</b>	203 (0,94%)	149 (0,68%)	38 (0,26%)	54 (0,38%)	31 (0,27%)	159 (1,04%)	177 (1,03%)	116 (0,80%)	149 (0,88%)	1086 (0,72%)
<b>Alta por outros motivos</b>	90 (0,41%)	135 (0,62%)	40 (0,27%)	62 (0,43%)	43 (0,38%)	93 (0,61%)	400 (2,34%)	351 (2,42%)	555 (3,31%)	1776 (1,19%)
<b>Transferência para internação domiciliar</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,005%)	1 (0,0006%)
<b>Transferência para outro estabelecimento</b>	1430 (6,64%)	1376 (6,35%)	797 (5,57%)	865 (6,09%)	694 (6,22%)	693 (4,57%)	749 (4,39%)	601 (4,15%)	811 (4,84%)	8121 (5,45%)
<b>Óbito com DO fornecida pelo médico</b>	849 (3,94%)	785 (3,62%)	564 (3,94%)	852 (6%)	718 (6,43%)	952 (6,28%)	1125 (6,60%)	879 (6,08%)	1022 (6,10%)	7833 (5,26%)
<b>Óbito com DO fornecida pelo IML</b>	617 (2,86%)	673 (3,10%)	353 (2,46%)	178 (1,25%)	163 (1,46%)	131 (0,86%)	264 (1,54%)	178 (1,23%)	184 (1,09%)	2811 (1,88%)
<b>Óbito com DO fornecida pelo SVO</b>	0 (0%)	4 (0,01%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (0,09%)	14 (0,08%)	19 (0,13%)	28 (0,16%)	80 (0,05%)
<b>Total de saídas</b>	21.532 (100%)	21.641 (100%)	14.297 (100%)	14.183 (100%)	11.154 (100%)	15.158 (100%)	17.043 (100%)	14.457 (100%)	16.743 (100%)	148.793 (100%)

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria



ANEXO D – Especialidades dos leitos de internação ocupados no IHBDF, de 2010 a 2018.

<b>Leito/ Especialidade</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
Cirúrgico	10636 (45,27%)	11109 (48%)	9213 (58,87%)	8805 (56,75%)	6535 (54,02%)	6729 (39,83%)	7910 (40%)	6947 (39,80%)	7364 (36,88%)	76180 (45,94%)
Clínico	10642 (45,30%)	10152 (43,86%)	4777 (30,52%)	5188 (33,44%)	3958 (32,71%)	8237 (48,75%)	10224 (51,70%)	9116 (52,23%)	11144 (55,81%)	74190 (44,74%)
Crônicos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	83 (0,41%)	83 (0,05%)
Psiquiatria	714 (3,03%)	441 (1,90%)	282 (1,80%)	0 (0%)	0 (0%)	62 (0,36%)	164 (0,82%)	77 (0,44%)	53 (0,26%)	1842 (1,11%)
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	5 (0,02%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0,003%)
Pediátricos	1494 (6,35%)	1441 (6,22%)	1377 (8,79%)	1520 (9,79%)	1604 (13,25%)	1866 (11,04%)	1476 (7,46%)	1313 (7,52%)	1322 (6,62%)	13508 (8,14%)
<b>Total</b>	23491 (100%)	23143 (100%)	15649 (100%)	15513 (100%)	12097 (100%)	16894 (100%)	19774 (100%)	17453 (100%)	19966 (100%)	165808 (100%)

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Anexo E - Frequência e percentual em relação ao ano das dez categorias do CID-10 mais recorrentes no IHBDF de 2010 a 2018

<b>Categoria do CID-10</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
<b>Traumatismo intracraniano</b>	1368 (28,31%)	1437 (29,20%)	638 (22,49%)	564 (17,96%)	567 (21,18%)	902 (23,58%)	1069 (27,03%)	887 (26,7%)	775 (20,74%)	8327 (24,77%)
<b>Infarto agudo do miocárdio</b>	442 (9,14%)	411 (8,35%)	275 (6,69%)	426 (13,57%)	414 (15,46%)	368 (9,62%)	332 (8,39%)	274 (8,25%)	331 (8,86%)	3321 (9,88%)
<b>Angina Pectoris</b>	740 (15,31%)	652 (13,24%)	256 (9,02%)	221 (7,04%)	291 (10,87%)	360 (9,41%)	250 (6,32%)	176 (5,29%)	282 (7,55%)	3272 (9,73%)
<b>Insuficiência Renal Crônica</b>	196 (4,05%)	242 (4,91%)	343 (12,09%)	410 (13,06%)	213 (7,95%)	459 (12,00%)	437 (11,05%)	358 (10,77%)	496 (13,27%)	3167 (9,42%)
<b>Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico</b>	399 (8,25%)	550 (11,17%)	100 (3,52%)	149 (4,74%)	158 (5,90%)	333 (8,70%)	371 (9,38%)	362 (10,90%)	479 (12,82%)	2931 (8,72%)
<b>Leucemia linfoide</b>	364 (7,53%)	285 (5,79%)	235 (8,28%)	304 (9,68%)	251 (9,37%)	327 (8,55%)	309 (7,81%)	317 (9,54%)	352 (9,42%)	2771 (8,24%)
<b>Insuficiência cardíaca</b>	397 (8,21%)	422 (8,57%)	182 (8,28%)	296 (9,42%)	235 (8,77%)	367 (9,59%)	310 (7,84%)	253 (7,61%)	252 (6,74%)	2719 (8,08%)
<b>Fratura da perna incluindo tornozelo</b>	307 (6,35%)	357 (7,25%)	324 (11,42%)	223 (7,10%)	155 (5,79%)	225 (5,88%)	308 (7,78%)	249 (7,49%)	270 (7,22%)	2455 (7,30%)
<b>Neoplasia maligna da mama</b>	336 (6,95%)	295 (5,99%)	301 (10,61%)	295 (9,39%)	187 (6,98%)	239 (6,25%)	290 (7,33%)	213 (6,41%)	246 (6,58%)	2415 (7,18%)
<b>Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo</b>	283 (5,85%)	270 (5,48%)	182 (6,41%)	251 (7,99%)	206 (7,69%)	244 (6,38%)	278 (7,03%)	232 (6,98%)	252 (6,74%)	2233 (6,64%)
<b>Total</b>	4832 (100%)	4921 (100%)	2836 (100%)	3139 (100%)	2677 (100%)	3824 (100%)	3954 (100%)	3321 (100%)	3735 (100%)	33611 (100%)

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.

## Anexo F – Valor total de internações por categoria do CID-10

Categoria (CID-10)	Valor (R\$)/ Período (ano)								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Traumatismo Intracraniano	1.727.224,33	1.836.487,81	1.725.027,90	1.372.858,63	1.520.040,26	1.746.421,59	2.149.467,68	1.591.160,26	1816321,67
Infarto Agudo do Miocárdio	2.016.008,81	1.716.777,75	1.454.336,17	2.358.817,00	2.794.908,60	1.773.604,64	1.251.084,67	730.678,80	1312494,86
Angina Pectoris	2.090.945,96	1.637.002,85	964.720,41	796.122,47	1.232.671,16	925.206,41	538.772,30	246.362,18	716.064,41
Insuficiência Renal Crônica	501.916,97	397.133,22	1.744.076,44	2.695.057,98	1.029.591,54	464.376,95	931.620,64	730.910,17	602.869,76
Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	373.572,63	524.147,09	173.295,16	273.401,57	240.038,76	484.025,17	479.434,68	517.809,81	705.884,02
Leucemia Linfoide	219.006,49	132.133,42	148.051,40	145.927,54	102.567,53	163.477,48	228.755,60	217.228,18	364.728,20
Insuficiência Cardíaca	780.530,78	938.730,77	732.841,50	1.218.594,82	1.207.254,27	1.004.910,84	701.623,69	494.818,23	561.104,64
Fratura da perna incluindo tornozelo	338.344,46	347.787,55	407.862,70	321.513,58	233.771,26	211.917,87	410.054,59	288.683,37	394.766,24
Neoplasia maligna da mama	180.330,55	174.431,41	196.631,92	395.874,93	294.015,67	343.073,35	435.326,29	317.768,16	366.448,19
Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	1.718.456,87	1.520.522,10	844.819,00	1.730.556,84	1.461.347,83	1.501.657,86	1.471.948,55	1.271.943,97	1.401.840,73

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Elaboração própria.